

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400183

Partijen

A. te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 10 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 27 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 augustus 2024 aan verzoekster gezonden. Diezelfde dag heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 3 september 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.3. Op 6 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 9 september 2024 aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft, eveneens op 9 september 2024, hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is op 10 september 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij brief van 14 oktober 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 202400183) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 oktober 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.5. Bij brief van 2 december 2024 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 18 december 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.7. Ter zitting bleek dat de brief van verzoekster van 2 december 2024 niet was toegevoegd aan het dossier. Partijen zijn overeengekomen dat deze brief alsnog aan het dossier wordt toegevoegd, waarbij de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren en deze reactie ter kennisname aan verzoekster wordt gestuurd. Bij brief van 9 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar op deze brief gereageerd.

1.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 10 januari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 oktober 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut een aantal opmerkingen gemaakt. Een kopie van het definitief advies is, eveneens op 30 januari 2025, aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen. Bij brief van 14 februari 2025 heeft verzoekster op het stuk gereageerd. Een kopie hiervan is op 24 februari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2022 en 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Vrije Keuze (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Ongevallendekking Fysio & Tand (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is in de periode van 22 september 2022 tot en met 19 april 2023 onder behandeling geweest bij de B12 Kliniek. De kosten hiervan, te weten een bedrag van totaal € 732,-, heeft zij op 23 mei 2024 bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.
- 2.3. Bij brief van 30 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 4 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar haar om aanvullende informatie verzocht. Op 22 september 2023 heeft verzoekster deze informatie naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 27 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 14 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij alsnog vergoeding verleent voor het eerste consult bij de B12 Kliniek op 22 september 2022, zulks met inachtneming van de van toepassing zijnde voorwaarden, leidend tot een uit te keren bedrag van € 160,57.
- 2.6. Bij brief van 14 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling bij de B12 Kliniek in de periode van 22 september 2022 tot en met 19 april 2023 volledig te vergoeden.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij klachtenformulier van 17 januari 2024 toegelicht dat zij eerder is behandeld bij de B12 Kliniek. De kosten hiervan zijn door de toenmalige zorgverzekeraar vergoed.
In 2022 kreeg verzoekster wederom klachten. De dosering van de vitamine B12-injecties die zij gebruikte bleek niet meer de juiste te zijn. Hierop heeft verzoekster contact opgenomen met de huisarts. Deze heeft verzoekster opnieuw verwezen naar de B12 Kliniek.

Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de B12 Kliniek door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is goedgekeurd als "Instelling Medisch Specialistische Zorg". Ook beschikt de B12 Kliniek over een WTZi verklaring en is de behandelend internist BIG-geregistreerd. Op de website van de B12 Kliniek staat vermeld dat als een verzekerde door de huisarts of een medisch specialist is doorverwezen, de B12 Kliniek als Zelfstandig Behandelcentrum voor Inwendige Geneeskunde dezelfde tarieven hanteert als reguliere ziekenhuizen. Ook is het eigen risico bij de B12 Kliniek van toepassing en wordt de verleende zorg vergoed als zijnde niet-gecontracteerde zorg. Volgens verzoekster worden consulten bij de B12 Kliniek door de meeste andere zorgverzekeraars vergoed vanuit de zorgverzekering. Zorg die wordt vergoed vanuit de zorgverzekering moet voor alle verzekerden gelijk zijn. Het Zorginstituut heeft verklaard dat de behandeling van een vitamine B12 tekort, inclusief diagnostiek, in het algemeen verzekerde zorg is. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat zij een zorgverzekering heeft afgesloten waarbij een vrije keuze van zorgaanbieder bestaat.

- 3.3. Verzoekster heeft een verklaring van haar huisarts van 2 juli 2024 overgelegd, waarin onder meer wordt gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de deskundigheid van artsen niet in twijfel dient te trekken, aangezien hij geen medisch specialist is. Verder geldt dat de betreffende huisarts als eerstelijns zorgverlener te weinig expertise heeft op het gebied van vitamine B12-tekort om dit zelf te behandelen. Verzoekster is in het verleden met een positief resultaat behandeld bij de B12 Kliniek. Als de huisarts vindt dat een patiënt naar een medisch specialist dient te worden doorverwezen, rechtvaardigt dit de beslissing om door te verwijzen. Dit geldt ook voor de monitoringsconsulten. Volgens de huisarts heeft verzoekster recht op een marktconforme vergoeding voor de consulten, in het kader van niet-gecontracteerde zorg.
- 3.4. In haar e-mailbericht van 5 augustus 2024 heeft verzoekster aangevoerd dat bij de facturering van gezondheidszorg wordt gewerkt met Diagnose Behandel Codes (DBC's), zo ook door de B12 Kliniek. Hierbij is het aantal behandelingen niet van belang. Er wordt één bedrag gefactureerd voor alle behandelingen gedurende de looptijd van de DBC. In het geval van verzoekster zijn twee DBC's geopend. Er is geen sprake van een 'intake-consult' en monitoringsconsulten, maar van DBC's waaraan een vast prijskaartje hangt.
- 3.5. In haar brief van 2 december 2024 heeft verzoekster gesteld dat het Zorginstituut onzorgvuldig te werk is gegaan. Het had om de weg van het Zorginstituut gelegen om contact met verzoekster en de behandelend arts van de B12 Kliniek op te nemen. Ook is het Zorginstituut niet ingegaan op de brief van de huisarts van 2 juli 2024. Verder heeft verzoekster haar onvrede geuit over de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn standpunt gewijzigd, regelmatig nadere informatie opgevraagd, en de overgelegde informatie niet zorgvuldig beoordeeld.
Op grond van de door verzoekster afgesloten zorgverzekering bestaat aanspraak op 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Verzoekster betaalt daarom voor haar zorgverzekering een hogere premie. Hierbij heeft verzoekster opgemerkt dat de B12 Kliniek dezelfde DBC-tarieven hanteert als reguliere ziekenhuizen, daarom bestaat aanspraak op 100% vergoeding van beide nota's.
Verder heeft verzoekster een verklaring van de behandelend internist van de B12 Kliniek overgelegd waarin onder meer uitleg wordt gegeven over de behandelmethode van de B12 Kliniek en wordt toegelicht dat de geleverde zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij al jaren een vitamine B12 tekort heeft. In het verleden is zij ook door de B12 Kliniek behandeld en zijn haar B12 injecties voorgeschreven. Nadien werden de injecties voorgeschreven door de huisarts. In 2022 ontstonden opnieuw ernstige klachten en heeft verzoekster contact opgenomen met de huisarts. Aangezien de huisarts onvoldoende expertise op het gebied van vitamine B12 tekort had, is verzoekster doorverwezen naar de B12 Kliniek. De B12 Kliniek zet geen injecties. De partner van verzoekster verzorgt dit al sinds 2010. Het geschil gaat overigens niet over de vergoeding van deze injecties. Volgens verzoekster wordt ten onrechte gesproken over een 'intakegesprek'. De B12 Kliniek maakt gebruik van DBC-zorgproductcodes. In dit geval gaat het om twee DBC-zorgproductcodes. Bij een

DBC-zorgproductcode maakt het niet uit hoeveel consulten een patiënt krijgt. Het is een eenheid. Het 'intakeconsult' is niet echt een intake geweest. Het betrof een eerste gesprek over de klachten, bij de B12 Kliniek. Het was een normaal consult. De internist heeft een onderzoek uitgevoerd en de bloedsuitslagen bekeken. Er is toen geconstateerd dat te weinig vitamine B12 werd geïnjecteerd en hierop is het aantal injecties verhoogd naar één keer in de week. Tijdens de vervolgconsulten werd de reactie op de injecties gemonitord. Ook werd onderzocht of de dosering moest worden aangepast.

Verzoekster is tot en met 19 april 2023 behandeld bij de B12 Kliniek. Daarna was zij weer op het goede spoor. Na het eerste consult zijn er nog drie consulten geweest. Er heeft ook telefonisch contact plaatsgevonden.

Verzoekster heeft gewezen op bijlage 2 van haar brief van 2 december 2024. Hieruit blijkt dat de declaraties in eerste instantie zijn afgewezen omdat de zorg niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt gewijzigd. Op 9 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de kosten niet worden vergoed omdat de huisarts geen medisch onderbouwde verklaring heeft gegeven voor de doorverwijzing. Vervolgens heeft de huisarts op 2 juli 2024 een schriftelijke verklaring opgesteld, waarin wordt uitgelegd dat zij de expertise op dit terrein mist en dat de zorgverzekeraar niet op de stoel van de arts mag gaan zitten. Deze verklaring is meerdere malen naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Desondanks blijft de ziektekostenverzekeraar aanvoeren dat hij de consulten alleen mag vergoeden als de huisarts een verklaring afgeeft. De ziektekostenverzekeraar heeft de verklaring van 2 juli 2024 zichtbaar niet gelezen. Aangezien er een verklaring van de huisarts is overgelegd, moeten de kosten ook worden vergoed.

Uit de verklaring van de internist van de B12 Kliniek, die ook bij brief van 2 december 2024 is overgelegd, blijkt dat de behandeling van een B12 tekort niet eenvoudig is. De internist citeert hierin een aantal wetenschappelijke artikelen. Het is dus niet vreemd dat een huisarts geen ervaring heeft met de behandeling van vitamine B12 tekort. Verzoekster is het oneens met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de huisarts behoort te weten hoe een vitamine B12 tekort moet worden behandeld. De huisarts in kwestie weet dat niet en heeft haar daarom doorverwezen. Daar kan verzoekster niets aan doen. Zij heeft zich enkel met klachten tot de huisarts gewend en om hulp gevraagd. De huisarts heeft haar doorverwezen en de ziektekostenverzekeraar dient daarom de kosten te vergoeden. Het is onmogelijk voor een huisarts om alles te weten. Het is nooit bij de huisarts opgekomen om te controleren op een vitamine B12 tekort. Dit heeft een collega van de huisarts gedaan.

Op de website van de ziektekostenverzekeraar wordt uitgelegd dat bij een 'gewone' basisverzekering aanspraak bestaat op 80% van de kosten. Bij een 'ik kies zelf'-polis wordt tot 100% van de kosten van het normale gecontracteerde tarief vergoed. Op basis van deze informatie is de zorgverzekering afgesloten. De B12 Kliniek hanteert dezelfde tarieven als ziekenhuizen. Het is vreemd dat dan maar 80% wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft een te lage vergoeding verleend. Hij dient in ieder geval 80% van de factuur te vergoeden, namelijk € 292,80.

- 3.7. In aanvulling hierop heeft verzoekster in haar brief van 14 februari 2025 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar op zijn website adverteert dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op 100% vergoeding van gecontracteerde zorg en 100% vergoeding bij zorgverleners zonder contract. De enige uitzonderingen die hier worden vermeld zijn GGZ en wijkverpleging. Ook is op de website zichtbaar dat voor de zorgverzekering een hogere premie geldt dan voor de andere basisverzekeringen. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster een screenshot van de website van de ziektekostenverzekeraar overgelegd. Het is onrealistisch en niet klantvriendelijk dat de ziektekostenverzekeraar van verzekerden verwacht dat zij de voorwaarden van de zorgverzekering en de tarievenlijsten doornemen om te kunnen ontdekken op welke vergoeding aanspraak bestaat. Als de ziektekostenverzekeraar de nota's niet volledig vergoedt, maakt hij zich schuldig aan consumentenmisleiding.
- Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar recht op medische privacy heeft geschonden. Verschillende medewerkers van de ziektekostenverzekeraar hebben privacygevoelige medische informatie kunnen inzien. In dit verband heeft verzoekster verklaard dat de Rijksoverheid heeft uitgelegd dat als een zorgverzekeraar nadere medische info wil om

een nota te kunnen beoordelen, alleen een medisch adviseur met een BIG-registratie onder geheimhouding het dossier bij de huisarts mag inzien.

Verder heeft verzoekster herhaald dat de ziektekostenverzekeraar niet op de stoel van de huisarts mag gaan zitten. De huisarts mag een patiënt doorverwijzen en een medisch specialist verzoeken om de behandeling over te nemen tot de klachten zijn verdwenen. De ziektekostenverzekeraar hoeft hier niet alles over te weten. Dit is iets tussen de huisarts en de patiënt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 augustus 2024 aangevoerd dat geen sprake is van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een bindend advies van de commissie (SKGZ202202384). Uit het advies van het Zorginstituut, behorende bij dit bindend advies, blijkt dat de begeleiding bij B12-deficiëntie doorgaans wordt verleend in de eerste lijn. Dit houdt dus in dat de zorg niet noodzakelijk moet worden verleend door de tweede lijn, althans zolang dit niet is onderbouwd. In het geval van verzoekster is onvoldoende onderbouwd dat het noodzakelijk is dat de zorg wordt verleend in de tweede lijn. Daarom is er dus geen sprake van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Het is mogelijk dat de eerste lijn niet de zorg kan verlenen die nodig is bij de behandeling van een B12 tekort. Op dat moment kan er sprake zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, omdat de zorg dan moet plaatsvinden in de tweede lijn. Omdat dit pas bij het intakegesprek blijkt, wordt het eerste consult bij de medisch specialist na een verwijzing door de huisarts altijd vergoed.
- 4.2. Uit de verwijzing van de huisarts blijkt dat verzoekster zelf naar de B12 Kliniek wilde, omdat zij hier in het verleden ook is behandeld. Hoewel het een huisarts vrij staat om een patiënt door te verwijzen naar een medisch specialist, blijkt uit de verwijzing niet waarom de huisarts de consulten, volgend op de intake bij de B12 Kliniek, niet kan verzorgen. Zonder onderbouwing door de huisarts waarom het in dit geval gaat om noodzakelijke tweedelijns zorg, komen deze consulten niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de kosten van het eerste consult zijn vergoed volgens de voorwaarden van de zorgverzekering, namelijk op basis van 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Voor de vervolgsconsulten geldt dat de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat niet is aangetoond dat de genoten zorg in de tweede lijn moest worden verricht. Dit laatste blijkt ook uit het advies van het Zorginstituut. Er is niet gebleken dat de vervolgsconsulten niet door de huisarts konden worden uitgevoerd en dat behandeling in de tweede lijn nodig was. De huisarts geeft aan dat zij de vervolgsconsulten niet kan uitvoeren. Uit de NHG-standaard blijkt echter dat de behandeling van een vitamine B12 tekort door een huisarts zou moeten kunnen worden geboden. Dat de huisarts van verzoekster de behandeling niet kan uitvoeren, betekent niet dat de kosten van behandeling in de tweede lijn om die reden ten laste van de zorgverzekering komen. Tijdens de vervolgsconsulten wordt gemonitord hoe het met een patiënt gaat. Dit kan een huisarts ook doen. Maar ook als een huisarts van mening is dat behandeling in de tweede lijn nodig is, is het aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de kosten van de behandeling in de tweede lijn voor vergoeding in aanmerking komen. Voor verzoekster is het vervelend dat haar huisarts geen ervaring heeft met de behandeling van een vitamine B12 tekort, maar een huisarts wordt geacht bepaalde dingen te weten. Een huisarts moet zich daartoe nascholen. Daarnaast kan de huisarts intercollegiaal overleg plegen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat verzoekster een combinatiepolis heeft afgesloten. Als zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er geen wettelijk maximumtarief geldt, vergoedt de ziektekostenverzekeraar ten hoogste 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Hierop gelden evenwel uitzonderingen. Voor zelfstandige behandelcentra geldt dat 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. Dit is bepaald in artikel 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering van zowel 2022 als 2023. Het gaat dus niet om de factuur die wordt ingediend.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een DBC-zorgproductcode een looptijd heeft van drie maanden. De eerste DBC-zorgproductcode heeft als startdatum 22 september 2022 en deze is gesloten op 20 december 2022. De tweede DBC-zorgproductcode is geopend op 21 december 2022 en gesloten op 19 april 2023. Tussen het aanvangen en sluiten van de DBC-zorgproductcode kan worden gedeclareerd. Het gaat niet om andere zorg of een ander product. Uit beide facturen blijkt dat declaratiecode 15C231 is opgevoerd.

- 4.4. In aanvulling hierop heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 9 januari 2025 verklaard dat hij bestrijdt dat de behandeling van het vitamine B12 tekort vanwege een erfelijke oorzaak in de tweede lijn moet plaatsvinden. Niet alle erfelijke aandoeningen hoeven in de tweede lijn te worden behandeld. Dit blijkt ook niet uit de vigerende richtlijnen. Uit de informatie van de behandelend artsen volgt overigens niet dat bij verzoekster sprake is van een erfelijk vitamine B12 tekort. Ook het feit dat verzoekster kampt met auto-immuun atrofische gastritis betekent niet dat de behandeling in de tweede lijn moet plaatsvinden. Volgens de NHG-standaard is dit enkel van belang ten aanzien van de duur van de behandeling, in die zin dat levenslange suppletie plaats dient te vinden.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 14 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Plegen te bieden-criterium

Verweerder voert aan dat de monitoringsconsulten geen zorg zijn zoals medisch specialisten die plegen te bieden en verwijst hierbij naar een advies van het Zorginstituut. In dit advies heeft het Zorginstituut echter niet aangegeven dat de zorg niet voldoet aan het plegen te bieden-criterium. Het Zorginstituut concludeerde dat de verzekerde niet redelijkerwijs was aangewezen op de zorg in geschil. Zowel huisartsen als internisten behandelen een vitamine B12 tekort met vitamine B12 tabletten of injecties. De behandeling van een vitamine B12 tekort met vitamine B12 tabletten of injecties is daarmee zorg zoals huisartsen en medisch specialisten plegen te bieden.

Achtergrond vitamine B12 tekort

Oorzaak vitamine B12 tekort

Een vitamine B12 tekort kan op verschillende manieren worden veroorzaakt. Atrofische gastritis (chronische maagontsteking) is een van de meest voorkomende oorzaken van een vitamine B12 tekort. Door antistoffen tegen parietaalcellen of intrinsic factor kan de opname van vitamine B12 in de dunne darm verminderd zijn. Ook kunnen een maagresectie of aandoeningen van de dunne darm, zoals de ziekte van Crohn en coeliakie, verminderde opname veroorzaken. Daarnaast kan een verminderde intake door een dieet zonder dierlijke producten (een vegetarisch of veganistisch dieet) tot een vitamine B12 tekort leiden. Verder kunnen medicijnen verminderde opname (bijvoorbeeld maagzuurremmers en metformine) of inactivatie van vitamine B12 (lachgas) veroorzaken. Genetische mutaties zijn een zeldzamere oorzaak van een tekort.

Ziektebeeld

Het klinisch beeld van een vitamine B12 tekort kan sterk variëren tussen patiënten. Patiënten kunnen hematologische afwijkingen hebben zoals macrocytaire anemie (bloedarmoede), leukopenie (verminderd aantal witte bloedcellen) en thrombopenie (verminderd aantal bloedplaatjes). Daarnaast kunnen neurologische symptomen zoals verminderde sensibiteit (gevoelszin) van handen en voeten, paresthesieën (tintelingen), ataxie (coördinatiestoornissen) en psychiatrische stoornissen zoals depressie ontstaan. Neurologische stoornissen kunnen zonder anemie optreden en andersom ook. Glossitis (ontstoken tong), infertiliteit en hyperpigmentatie komen minder vaak voor. Patiënten kunnen ook symptomen hebben die niet specifiek zijn zoals vermoeidheid, duizeligheid of concentratiestoornissen.

Richtlijnen

Diagnostiek volgens NHG-standaard/NHG-standpunt

In Nederland zijn de NHG-standaard Anemie (2014) en het NHG-standpunt Diagnostiek van vitamine B12 deficiëntie (2014) voor de diagnostiek en behandeling van een vitamine B12 tekort in de eerste lijn opgesteld.

Bij een klinische verdenking of risicofactoren (zie oorzaken) op een vitamine B12 tekort wordt de totale vitamine B12 spiegel bepaald. Een vitamine B12 spiegel hoger [dan] 260 pmol/l is normaal en een vitamine B12 waarde van lager dan 148 pmol/l is verlaagd. Bij tussenliggende waarden (148-260 pmol/l) wordt gesproken van een laag-normaal vitamine B12. Naast de totale vitamine B12 kan ook het metabool actieve vitamine B12, gebonden aan transcobalamine, worden gemeten. Bij een laag-normaal vitamine B12 en specifieke symptomen (bijvoorbeeld macrocytaire anemie) wordt er om een vitamine B12 tekort aan te tonen aanvullend methylmalonzuur (MMA) of homocysteïne (Hcy) bepaald.

Voor het aantonen van atrofische gastritis kunnen antistoffen tegen intrinsic factor en parietaalcellen, en eventueel gastrinespiegels, worden gemeten om daarmee de prognose en duur van de behandeling te bepalen. Dit onderzoek wordt echter niet aanbevolen bij afwezigheid van een oorzaak van het vitamine B12 tekort (dieetfactoren, status na maagoperatie of dunne darmaandoeningen), omdat een negatieve test atrofische gastritis niet uitsluit.

Behandeling volgens NHG-standaard/NHG-standpunt

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) adviseert patiënten met een vitamine B12 tekort te behandelen met een hoge dosis vitamine B12 tabletten (cyanocobalamine eenmaal daags 1000 mcg), ook in geval van malabsorptie (verminderde opname in de darm). De duur van de behandeling hangt af van de (waarschijnlijke) oorzaak van het vitamine B12 tekort. Bij atrofische gastritis wordt een patiënt levenslang behandeld. Injecties worden alleen geadviseerd bij ernstige (neurologische) symptomen, slikproblemen, problemen met therapietrouw en bijwerkingen van tabletten. Bij een vitamine B12 tekort krijgt een patiënt tien injecties (hydroxocobalamine twee keer per week 1 mg) gevolgd door een onderhoudsdosis (1 mg per twee maanden). Bij neurologische symptomen wordt een hogere onderhoudsdosis (één tot twee keer per week 1 mg gedurende twee jaar) geadviseerd. Controle van vitamine B12 spiegels tijdens de behandeling wordt niet als zinvol beschouwd. De richtlijnen geven geen aanbevelingen over de frequentie van monitoringsconsulten tijdens de behandeling.

Behandeling in tweede lijn

Er bestaat geen Nederlandse behandelrichtlijn voor vitamine B12 tekort in de tweede lijn. Behandelaren in de eerste en tweede lijn zijn het niet eens over de beste toedieningswijze van vitamine B12. Uit onderzoek van het Zorginstituut voor het programma Zinnige Zorg in 2018 en recente publicaties blijkt dat dat pernicioze anemie in de tweede lijn wordt behandeld met vitamine B12 injecties. Dit berust onder andere op een Cochrane review. Deze concludeert dat vitamine B12 tabletten even effectief lijken te zijn als injecties bij een vitamine B12 tekort, maar het bewijs is van lage tot zeer lage kwaliteit.

NICE-richtlijn

Het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) heeft recent een richtlijn met uitgebreidere aanbevelingen over de behandeling van een vitamine B12 tekort gepubliceerd.

NICE adviseert wel om diagnostiek naar atrofische gastritis te verrichten om de duur van de behandeling te bepalen indien er geen onomkeerbare oorzaak zoals malabsorptie door een maag- of terminale ileumresectie aanwezig is. Als het bloedonderzoek naar atrofische gastritis negatief is, wordt een vitamine B12 absorptietest en een gastroscopie aanbevolen. Na uitsluiten van atrofische gastritis wordt ook serologisch onderzoek (antistoffen tegen tissue transglutamine en endomysium) naar coeliakie geadviseerd.

NICE geeft ook de voorkeur aan vitamine B12 injecties bij verdenking op malabsorptie (bij atrofische gastritis of coeliakie, na een maag- of terminale ileumresectie). In geval van een vitamine B12 tekort door medicatie kan zowel met tabletten als injecties worden behandeld. Bij een verminderde intake (zoals een vegetarisch of veganistisch dieet) of een onbekende oorzaak na uitsluiten van malabsorptie adviseert NICE om bij voorkeur te behandelen met tabletten. Het NICE adviseert bij een dieet als mogelijke oorzaak om de vitamine intake bij de patiënt na te gaan en andere oorzaken te onderzoeken als daar aanwijzingen voor zijn op basis van symptomen of risicofactoren.

Indien met vitamine B12 injecties de klachten van patiënten toenemen of onvoldoende verbeteren kan de frequentie van injecties verhoogd worden en moeten andere oorzaken dan een vitamine B12 tekort overwogen worden. Bij verbetering of afwezigheid van klachten na injecties moeten de injecties gecontinueerd worden bij een onbekende oorzaak (na uitsluiten van malabsorptie) of een reversibele oorzaak die nog aanwezig is (bijvoorbeeld medicatie). De injecties kunnen gestopt of verlaagd worden in frequentie indien de reversibele oorzaak niet meer aanwezig is. Bij een irreversibele (onomkeerbare) oorzaak (bijvoorbeeld malabsorptie) adviseert NICE ook om vitamine B12 levenslang te continueren.

Beoordeling indicatie verzoekster

Verzoekster had in 2013 klachten bij een vitamine B12 tekort (vitamine B12 124 pmol/l). Uit het dossier blijkt niet welke klachten zij in 2013 en 2017 had.

Wel is bekend dat de restklachten na intensieve behandeling met vitamine B12 injecties in 2017 bestonden uit tintelingen, een neurologisch symptoom dat kan passen bij een vitamine B12 tekort, en moeheid. Daarnaast is op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet duidelijk wat de oorzaak was van het vitamine B12 tekort. Mogelijk was er sprake van een verminderde vitamine B12 intake door een veganistisch dieet. In de brief van de B12 Kliniek d.d. 22 september 2022 wordt genoemd dat verzoekster in 2022 veganist was, maar er is geen informatie in het dossier over haar dieet of vitamine B12 intake in 2013. Ook wordt niets vermeld over andere mogelijke oorzaken en of deze zijn onderzocht.

Geconcludeerd kan worden dat verzoekster in 2013 een indicatie had voor behandeling met vitamine B12, omdat destijds een vitamine B12 tekort is vastgesteld, met verbetering van de klachten na behandeling met vitamine B12 injecties. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is de oorzaak van het vitaminetekort onbekend en is niet duidelijk of verzoekster een indicatie heeft voor levenslange behandeling met vitamine B12.

In 2022 had verzoekster restklachten sinds de intensieve behandeling met vitamine B12 injecties in 2017, waarvoor zij één keer per twee weken werd behandeld met vitamine B12 injecties. Verzoekster bezocht de vitamine B12 Kliniek, omdat zij wilde weten of zij op de goede weg zat. De internist constateerde dat de klachten zouden kunnen passen bij een symptomatisch vitamine B12 tekort en verhoogde de frequentie van de vitamine B12 injecties.

Uit de brief van [de] internist blijkt niet dat er sprake was van nieuwe klachten of een toename van de klachten sinds de intensieve behandeling met vitamine B12 injecties in 2017. Er worden geen afwijkingen bij lichamelijk onderzoek beschreven. In de brief wordt niet vermeld dat bloedonderzoek of overige diagnostiek is verricht.

In de Nederlandse richtlijnen wordt niet beschreven in welke gevallen en met welke frequentie (monitorings)consulten plaats dienen te vinden bij behandeling met vitamine B12 injecties. In principe kan, na het vaststellen van de indicatie door de medisch specialist, de behandeling van een vitamine B12 tekort overgenomen worden door de huisarts en dus plaats vinden in de eerste lijn.

Het voorschrijven en toedienen van vitamine B12 per injectie dient onder verantwoordelijkheid van een arts te geschieden, en dit kan ook de huisarts zijn.

Op geleide van de klachten wordt zo nodig de frequentie van toediening van vitamine B12 aangepast. Wanneer daar een aanleiding toe is kan de huisarts de patiënt (terug)verwijzen naar een medisch specialist.

Bij verzoekster lijkt geen sprake te zijn van nieuwe klachten of een toename van klachten, dan wel van complexe problematiek. Daarmee is de noodzaak voor monitoring van vitamine B12 injecties in de tweede lijn op basis van de beschikbare informatie in het dossier onvoldoende onderbouwd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op monitoringsconsulten in de tweede lijn. De kosten van de monitoringsconsulten bij de B12 Kliniek komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op monitoringsconsulten bij de B12 Kliniek."

- 5.2. In het definitief advies van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Naar aanleiding van hetgeen verzoekster stelt in haar brief d.d. 2 december 2024 en tijdens de hoorzitting aanvoert merkt het Zorginstituut het volgende op.

In het voorlopig advies d.d. 14 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aangegeven dat in Nederlandse richtlijnen niet beschreven wordt in welke gevallen en met welke frequentie (monitorings)consulten plaats dienen te vinden bij behandeling met vitamine B12 injecties. In principe kan, na het vaststellen van de indicatie in de tweede lijn, de behandeling van een vitamine B12 tekort plaatsvinden in de eerste lijn. Wanneer er een medische indicatie is kan de patiënt behandeld worden in de tweede lijn. In het geval van verzoekster is niet aangetoond dat het medisch noodzakelijk is dat zij wordt behandeld in de tweede lijn. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is geen sprake van nieuwe klachten of een toename van klachten, dan wel van complexe problematiek. Verzoekster is derhalve niet redelijkerwijs aangewezen op monitoringsconsulten in de tweede lijn.

De huisarts van verzoekster geeft aan dat zij te weinig expertise heeft met betrekking tot het behandelen van een vitamine B12 deficiëntie. Het is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen door wie de zorg verleend moet worden. Het Zorginstituut beoordeelt of de gevraagde zorg behoort tot het verzekerde pakket en zo ja, of een verzekerde een indicatie heeft voor deze zorg. Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op monitoringsconsulten in de tweede lijn. Dat haar huisarts geen expertise heeft op het gebied van een vitamine B12 deficiëntie kan hierbij niet meegewogen worden. De indicatie dient gesteld te worden op medische gronden, de expertise van een arts speelt derhalve geen rol. In de brief van de huisarts of de behandelend arts van de B12 Kliniek wordt niet onderbouwd waarom monitoring in de tweede lijn noodzakelijk is bij verzoekster.

De SKGZ kan de ontbrekende expertise van de huisarts mogelijk wel meewegen bij de beoordeling van het geschil.

Verzoekster is van mening dat het Zorginstituut contact had moeten opnemen met haar en de behandelend arts van de B12 Kliniek. Het is echter niet aan het Zorginstituut om contact op te

nemen met verzoekster of een behandelend arts. Het Zorginstituut beoordeelt een geschil op basis van de beschikbare informatie in het dossier, dat door de SKGZ aan het Zorginstituut wordt voorgelegd.

Verzoekster geeft verder in haar brief aan dat ze een erfelijk vitamine B12 tekort heeft. Alhoewel niet in geschil, heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies d.d. 14 oktober 2024 aangegeven dat de oorzaak van het vitaminetekort van verzoekster onbekend is, waardoor het niet duidelijk is of verzoekster een indicatie heeft voor levenslange behandeling met vitamine B12. Op basis van de aanvullende stukken is nog steeds niet (medisch) aangetoond dat verzoekster een erfelijk vitamine B12 tekort heeft.

Uit het verslag van de hoorzitting en de brief van verzoekster blijkt dat het geschil ook ziet op de hoogte van de vergoeding van het eerste consult bij de B12 Kliniek. Voor de volledigheid merkt het Zorginstituut op dat het niet tot de adviestaak van het Zorginstituut behoort om te adviseren over de hoogte van de vergoeding."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over 'plegen te bieden', 'het redelijkerwijs zijn aangewezen op', medisch specialistische zorg, en de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin het artikel uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-027 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de van belang zijnde bepaling uit de Algemene verordening gegevensverwerking (AVG), en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. In de eerste plaats overweegt de commissie dat, waar het gaat om de zorgverzekering, het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts ligt. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk?'), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat (is diegene 'redelijkerwijs aangewezen op' de zorg of andere dienst en is voldaan aan de door de wetgever gestelde nadere voorwaarden ter zake?), (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de zorgverzekeraar) en tot slot (iv) - indien overeengekomen - de behandeling doelmatig is. Het feit dat de huisarts een verzekerde doorverwijst naar een medisch specialist, en deze een bepaalde behandeling noodzakelijk vindt, betekent dus niet zonder meer dat die behandeling ook voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar in het onderhavige geval op de stoel van de huisarts is gaan zitten, wordt daarom niet gevolgd.
De commissie merkt in dit verband verder op dat voor de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens - waaronder die met betrekking tot de gezondheid van verzoekster - een verwerkingsgrondslag vereist is. Deze is te vinden in de artikelen 6 (1) (b) en 9 (2) (h) van de AVG. Uit het enkele feit dat bij de behandeling van het dossier meerdere medewerkers van de ziektekostenverzekeraar betrokken zijn geweest of de omstandigheid dat door de ziektekostenverzekeraar informatie over de achtergrond van de doorverwijzing naar de B12 Kliniek

is opgevraagd bij de huisarts, kan niet worden geconcludeerd dat is gehandeld in strijd met de AVG.

- 7.3. De behandelingen waarvoor verzoekster vergoeding heeft gevraagd, betreffen medisch specialistische zorg. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel 18.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering voor zowel het jaar 2022 als 2023. Verzoekster heeft in die jaren meerdere consulten gehad bij de B12 Kliniek, waaronder in ieder geval een eerste consult en enkele monitoringsconsulten. Partijen zijn het erover eens dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het eerste consult. Wat hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding voor dit consult. Daarnaast is tussen partijen in geschil of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de daaropvolgende monitoringsconsulten.

Vergoeding eerste consult

- 7.4. Verzoekster meent dat aanspraak bestaat op volledige vergoeding van de door haar ingediende nota voor het eerste consult. Ter onderbouwing hiervan heeft zij tijdens de hoorzitting verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar en in dat kader bij brief van 14 februari 2025 een screenshot van de website van de ziektekostenverzekeraar overgelegd waaruit blijkt dat daar met betrekking tot de door verzoekster afgesloten zorgverzekering het volgende is opgenomen: *"100% vergoeding bij zorgverleners met contract. 90% vergoeding van het gemiddeld gecontracteerde tarief bij GGZ en wijkverpleging zonder contract, 100% vergoeding bij overige zorgverleners zonder contract"* Naar aanleiding hiervan, en met het oog op de stelling van de ziektekostenverzekeraar ter zitting dat voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra een vergoeding geldt van 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, heeft de commissie de website van de ziektekostenverzekeraar nader bekeken en hieruit is het volgende gebleken. Ten aanzien van de zorgverzekering wordt op deze website gesproken over 100% vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg, met uitzondering van GGZ en wijkverpleging. Daarnaast is op de website, meer specifiek op de pagina over maximale vergoedingen, vermeld dat voor niet-gecontracteerde zorg in het kader van de zorgverzekering geldt dat aanspraak bestaat op vergoeding van 100% van het marktconforme tarief of het wettelijk maximumtarief, wederom met uitzondering van GGZ en wijkverpleging. Op de website wordt verwezen naar de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit artikel 18.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat ten aanzien van medisch specialistische zorg wordt uitgegaan van een naturadekking. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar ook bevestigd in zijn brief van 27 augustus 2024. In voornoemd artikel is onder meer opgenomen dat als een verzekerde voor zorg naar een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum gaat, ten hoogste 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. De commissie stelt, op grond van het voorgaande, vast dat de ziektekostenverzekeraar niet consistent is in zijn uitingen via de relevante openbare communicatiekanalen over de vergoeding bij zorgaanbieders zonder contract. De informatie die de ziektekostenverzekeraar hierover geeft luidt immers onderscheidenlijk dat er sprake is van 100% vergoeding, vergoeding volgens het marktconforme tarief en vergoeding op basis van 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, indien de zorg wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (o.a. ECLI:NL:HR:2022:1789) blijkt dat het voor een verzekerde duidelijk moet zijn wat de (financiële) consequenties zijn op het moment dat hij of zij voor de keuze staat gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voorts is in artikel 10.1 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten H/NR-027 (hierna: de Regeling) bepaald: *"Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan: a. meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en b. neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is"*.

Dit alles heeft naar het oordeel van de commissie tot gevolg dat in het onderhavige geval voor het eerste consult aanspraak bestaat op volledige vergoeding van de kosten hiervan. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar ter zake een bedrag van € 366,- aan verzoekster dient te vergoeden. Aangezien verzoekster op dit onderdeel van haar verzoek in het gelijk wordt gesteld, ziet de commissie tevens aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Monitoringsconsulten

- 7.5. Dat aanspraak bestaat op volledige vergoeding van het eerste consult, betekent niet dat tevens aanspraak bestaat op (volledige) vergoeding van de daaropvolgende monitoringsconsulten. Hetgeen verzoekster in dit verband heeft opgemerkt over de DBC-systematiek neemt de commissie voor kennisgeving aan. Er is namelijk duidelijk sprake van twee nota's, die betrekking hebben op te onderscheiden periodes. Zou de stelling van verzoekster worden gevolgd, dan ziet de eerste nota tevens op de monitoringsconsulten, en werd vergoeding van de tweede nota reeds op die grond terecht geweigerd. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat de B12 Kliniek, na sluiting van de eerste DBC, voor de monitoringsconsulten een nieuwe DBC mocht openen en ter zake een nota mocht versturen.

Om aanspraak te kunnen maken op zorg ten laste van de zorgverzekering moet zijn voldaan aan de in de wet genoemde voorwaarden, waaronder 'plegen te bieden' en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op'. Volgens de ziektekostenverzekeraar is aan deze voorwaarden - anders dan bij het eerste consult - bij de monitoringsconsulten niet voldaan.

De commissie overweegt dat in artikel 2.4, eerste lid, Bzv is bepaald dat geneeskundige zorg, zorg omvat zoals - onder andere - medisch specialisten die plegen te bieden. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hiervan in het geval van de monitoringsconsulten geen sprake is. In zijn advies aan de commissie van 14 oktober 2024 heeft het Zorginstituut toegelicht dat zowel huisartsen als internisten een vitamine B12 tekort behandelen met vitamine B12 tabletten of injecties. De behandeling van een vitamine B12 tekort met vitamine B12 tabletten of injecties is daarmee zorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de monitoringsconsulten, omdat niet is onderbouwd dat het noodzakelijk is dat de zorg in de tweede lijn wordt verleend. De commissie merkt op dat in artikel 2.1, derde lid, Bzv is bepaald dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of andere dienst voor zover hij of zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit is in vergelijkbare zin verwoord in artikel 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering voor 2022 en 2023.

In zijn advies aan de commissie van 14 oktober 2024 heeft het Zorginstituut toegelicht dat de behandeling van een vitamine B12 tekort kan worden overgenomen door de huisarts na het vaststellen van de indicatie door een medisch specialist. Het voorschrijven en toedienen van vitamine B12 per injectie dient onder verantwoordelijkheid van een arts te geschieden, en dit kan ook de huisarts zijn. Op geleide van de klachten wordt zo nodig de frequentie van toediening van vitamine B12 aangepast. Wanneer daar aanleiding toe is, kan de huisarts de patiënt (terug)verwijzen naar een medisch specialist. Bij verzoekster is niet gebleken dat sprake is van nieuwe klachten of een toename van klachten, dan wel van complexe problematiek. Daarmee is de noodzaak voor monitoring van vitamine B12 injecties in de tweede lijn op basis van de beschikbare informatie in het dossier onvoldoende onderbouwd. In zijn definitief advies aan de commissie van 30 januari 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht dat de stelling dat de huisarts van verzoekster geen expertise heeft op het gebied van een vitamine B12 deficiëntie, niet kan worden meegewogen bij de beantwoording van de vraag of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op monitoringsconsulten in de tweede lijn. De indicatie dient gesteld te worden op medische gronden, de expertise van een arts speelt derhalve geen rol. In de brief van de huisarts of de verklaring van de behandelend arts van de B12 Kliniek wordt niet onderbouwd waarom monitoring in de tweede lijn noodzakelijk is in het geval van verzoekster. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de monitoringsconsulten bij de B12 Kliniek. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name over het erfelijke karakter van het B12 tekort, de aandoening die hieraan ten grondslag ligt, en de tekortschietende expertise bij de huisarts, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent

dat verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de monitoringsconsulten bij de B12 Kliniek.

- 7.6. Zo er al sprake van is dat andere zorgverzekeraars de kosten van de behandeling bij de B12 Kliniek wél vergoeden - waarbij overigens door verzoekster niet aannemelijk is gemaakt dat dit is gebeurd - kan die omstandigheid niet tot een andere uitkomst leiden. Het feit dat andere verzekerden aanspraak hebben op vergoeding van monitoringsconsulten bij de B12 Kliniek, indien zij hierop wél redelijkerwijs zijn aangewezen, maakt immers niet dat hetzelfde voor verzoekster geldt, zoals hiervoor is uiteengezet. Ook de eerdere vergoeding door een andere zorgverzekeraar, waarnaar door verzoekster is verwezen, rechtvaardigt die conclusie niet.

Slotson

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het eerste consult, te weten een bedrag van € 366,- aan verzoekster te vergoeden ten laste van de zorgverzekering;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iii) hetgeen meer of anders is gevorderd door verzoekster wordt afgewezen.

Zeist, 26 maart 2025,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

VERORDENING (EU) 2016/679

Artikel 6

Rechtmatigheid van de verwerking

1. De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:

- a) de betrokkene heeft toestemming gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden;
- b) de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene partij is, of om op verzoek van de betrokkene vóór de sluiting van een overeenkomst maatregelen te nemen;
- c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;
- d) de verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon te beschermen;
- e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen;
- f) de verwerking is noodzakelijk voor de behartiging van de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, behalve wanneer de belangen of de grondrechten en de fundamentele vrijheden van de betrokkene die tot bescherming van persoonsgegevens nopen, zwaarder wegen dan die belangen, met name wanneer de betrokkene een kind is.

De eerste alinea, punt f), geldt niet voor de verwerking door overheidsinstanties in het kader van de uitoefening van hun taken.

2. De lidstaten kunnen specifiekere bepalingen handhaven of invoeren ter aanpassing van de manier waarop de regels van deze verordening met betrekking tot de verwerking met het oog op de naleving van lid 1, punten c) en e), worden toegepast; hiertoe kunnen zij een nadere omschrijving geven van specifieke voorschriften voor de verwerking en andere maatregelen om een rechtmatige en behoorlijke verwerking te waarborgen, ook voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX.

3. De rechtsgrond voor de in lid 1, punten c) en e), bedoelde verwerking moet worden vastgesteld bij:

- a) Unierecht; of
- b) lidstatelijk recht dat op de verwerkingsverantwoordelijke van toepassing is.

Het doel van de verwerking wordt in die rechtsgrond vastgesteld of is met betrekking tot de in lid 1, punt e), bedoelde verwerking noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of voor de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is verleend. Die rechtsgrond kan specifieke bepalingen bevatten om de toepassing van de regels van deze verordening aan te passen, met inbegrip van de algemene voorwaarden inzake de rechtmatigheid van verwerking door de verwerkingsverantwoordelijke; de types verwerkte gegevens; de betrokkenen; de entiteiten waaraan en de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens mogen worden verstrekt; de doelbinding; de opslagperioden; en de verwerkingsactiviteiten en -procedures, waaronder maatregelen om te zorgen voor een rechtmatige en behoorlijke verwerking, zoals die voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX. Het Unierecht of het lidstatelijke recht moet beantwoorden aan een doelstelling van algemeen belang en moet evenredig zijn met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.

4. Wanneer de verwerking voor een ander doel dan dat waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld niet berust op toestemming van de betrokkene of op een Unierechtelijke bepaling of een lidstaatrechtelijke bepaling die in een democratische samenleving een noodzakelijke en evenredige maatregel vormt ter waarborging van de in artikel 23, lid 1, bedoelde doelstellingen houdt de verwerkingsverantwoordelijke bij de beoordeling van de vraag of de verwerking voor een ander doel verenigbaar is met het doel waarvoor de persoonsgegevens aanvankelijk zijn verzameld onder meer rekening met:

- a) ieder verband tussen de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld, en de doeleinden van de voorgenomen verdere verwerking;
- b) het kader waarin de persoonsgegevens zijn verzameld, met name wat de verhouding tussen de betrokkenen en de verwerkingsverantwoordelijke betreft;
- c) de aard van de persoonsgegevens, met name of bijzondere categorieën van persoonsgegevens worden verwerkt, overeenkomstig artikel 9, en of persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten worden verwerkt, overeenkomstig artikel 10;
- d) de mogelijke gevolgen van de voorgenomen verdere verwerking voor de betrokkenen;
- e) het bestaan van passende waarborgen, waaronder eventueel versleuteling of pseudonimisering.

Artikel 9

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

1. Verwerking van persoonsgegevens waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid zijn verboden.
2. Lid 1 is niet van toepassing wanneer aan een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:
 - a) de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden, behalve indien in Unierecht of lidstatelijk recht is bepaald dat het in lid 1 genoemde verbod niet door de betrokkene kan worden opgeheven;
 - b) de verwerking is noodzakelijk met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht, voor zover zulks is toegestaan bij Unierecht of lidstatelijk recht of bij een collectieve overeenkomst op grond van lidstatelijk recht die passende waarborgen voor de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene biedt;
 - c) de verwerking is noodzakelijk ter bescherming van de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is zijn toestemming te geven;
 - d) de verwerking wordt verricht door een stichting, een vereniging of een andere instantie zonder winstoogmerk die op politiek, levensbeschouwelijk, godsdienstig of vakbondsgebied werkzaam is, in het kader van haar gerechtvaardigde activiteiten en met passende waarborgen, mits de verwerking uitsluitend betrekking heeft op de leden of de voormalige leden van de instantie of op personen die in verband met haar doeleinden regelmatig contact met haar onderhouden, en de persoonsgegevens niet zonder de toestemming van de betrokkenen buiten die instantie worden verstrekt;
 - e) de verwerking heeft betrekking op persoonsgegevens die kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;
 - f) de verwerking is noodzakelijk voor de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering of wanneer gerechten handelen in het kader van hun rechtsbevoegdheid;
 - g) de verwerking is noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene;

h)de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen;

i)de verwerking is noodzakelijk om redenen van algemeen belang op het gebied van de volksgezondheid, zoals bescherming tegen ernstige grensoverschrijdende gevaren voor de gezondheid of het waarborgen van hoge normen inzake kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht waarin passende en specifieke maatregelen zijn opgenomen ter bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkene, met name van het beroepsgeheim;

j)de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene.

3. De in lid 1 bedoelde persoonsgegevens mogen worden verwerkt voor de in lid 2, punt h), genoemde doeleinden wanneer die gegevens worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die eveneens krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels tot geheimhouding is gehouden.

4. De lidstaten kunnen bijkomende voorwaarden, waaronder beperkingen, met betrekking tot de verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens of gegevens over gezondheid handhaven of invoeren.

- 8.3 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de informatie, als bedoeld in het eerste lid, ook aan consumenten wordt gegeven als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden met een collectiviteitsovereenkomst.

Kenmerk

Pagina
5 van 8

Kosten van zorg

Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

- 9.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien.
- 9.2. Wanneer een consument niet beschikt over alle gegevens op basis waarvan de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde informatie kan geven, dan moet de zorgverzekeraar aangeven welke gegevens ontbreken. De zorgverzekeraar vermeldt hierbij, indien van toepassing, waar of bij wie de consument de ontbrekende gegevens kan verkrijgen zodat de informatie bedoeld in het eerste lid alsnog kan worden gegeven.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

- 10.1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan:
- meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en
 - neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is.
- 10.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds hanteert bij de contractering en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde dan:
- meldt de zorgverzekeraar hoe hij daarmee omgaat in de polisvoorwaarden en via zijn relevante openbare communicatiekanalen, waarbij hij ook de mogelijke consequenties voor de verzekerde vermeldt, en
 - vermeldt de zorgverzekeraar in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht voor de betreffende zorgaanbieder wat de mogelijke consequenties hiervan zijn voor de verzekerde.

- 10.3 De zorgverzekeraar geeft in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht tijdens de overstapperiode aan wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn.

Kenmerk

Pagina
6 van 8

Artikel 11 Geneesmiddelenbeleid

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het geneesmiddelenbeleid, zoals het preferentiebeleid en de (financiële) gevolgen ervan voor de verzekerde/consument. De zorgverzekeraar stelt een overzicht van de preferente geneesmiddelen ter beschikking.

Artikel 12 Vergoeding grensoverschrijdende zorg

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het recht op (vergoeding van) zorg in het buitenland via zijn relevante openbare communicatiekanalen. Deze informatie omvat ook de voorwaarden die gelden voor de vergoeding van zorg in het buitenland, zoals in welke gevallen voorafgaande toestemming is vereist, op welke wijze buitenlandse nota's kunnen worden ingediend als het gaat om restitutie van de kosten, en welke vergoedingen hiervoor gelden. Daarbij geeft de zorgverzekeraar ook informatie over de European Health Insurance Card (EHIC) of een vervangend document (Provisional Replacement Certificate) welke gebruikt moet worden.

Artikel 13 Afwijzingsgronden

Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst, stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbericht. De afwijzing is in het afwijzingsbericht zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.

Artikel 14 Systeem van eigen risico

- 14.1 De zorgverzekeraar stelt in zijn relevante openbare informatiekanalen alle voor de verzekerde relevante informatie over het verplicht en vrijwillig eigen risico beschikbaar. Dit betreft in ieder geval:
- de hoogte van het eigen risico;
 - de vormen van zorg waarvoor het eigen risico niet geldt;
 - het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico;
 - het verzekeringsjaar waarop het eigen risico betrekking heeft;
- 14.2 Indien van toepassing vermeldt de zorgverzekeraar ook:
- dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico, zoals bedoeld in artikel 2.17, tweede lid, Besluit zorgverzekering;
 - de mogelijke hoogte van het vrijwillig eigen risico;
 - de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.
- 14.3 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde adequaat over welke kosten wel of niet zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en legt dit vast in een voor de verzekerde beschikbaar overzicht.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Wtza

Wet toetreding zorgaanbieders.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen of met een Wlz-toelating.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel mensen zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Zorgaanbieder

Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener die in het bezit is van een WTZA toelating.

Zorgtraject (GGZ)

Dit zijn alle GGZ-prestaties voor de verzekerde geleverd door dezelfde zorgaanbieder. Het traject loopt maximaal 1 jaar en eindigt wanneer de zorgaanbieder en/of de verzekerde de behandeling afsluiten. Bij terugval/recidive binnen een jaar na het laatste consult moet hetzelfde zorgtraject opnieuw geopend worden.

Zorgverlener

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent

Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zvw-pgb

Persoonsgebonden budget volgens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons. Je ontvangt een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet je aan de zorgaanbieder tonen bij het invoeren van zorg. Daarna heb je recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kun jij of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor je eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verant-

woorde en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- je een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift hebt overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- je een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank hebt overgelegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- je van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

Artikel 3 Vergoeding van zorg

Vergoeding

Om te bepalen of je recht hebt op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet je bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgaanbieder

Met deze basisverzekering heb je recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij ben je volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. Je kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgaanbieder die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
- zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet- gecontracteerde zorg).

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als je kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeden wij je kosten volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgaanbieder. Wij betalen de zorgaanbieder rechtstreeks en je ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaal je meestal apart aan de zorgaanbieder. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij je. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgaanbieder ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief en vrije tarieven

Als je naar een zorgaanbieder binnen Nederland gaat waarmee wij geen of beperkt een contract hebben afgesloten dan vergoeden wij je behandeling tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is gemiddelde bedrag dat wij betalen voor je behandeling als je naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat. Uitzonderingen hierop zijn:

- Huisarts
Hiervoor geldt dat wij huisartsenzorg vergoeden tot 100% van het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa. Door de huisarts aangevraagd onderzoek (zoals een röntgenfoto of bloedonderzoek) dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd vergoeden wij tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

- **Hulpmiddelen**
Hiervoor geldt dat wij je hulpmiddel/behandeling vergoeden tot ten hoogste 100% van het laagste gecontracteerde tarief. Hieronder verstaan wij het laagste bedrag dat wij hiervoor ter vergoeding hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgaanbieders.
- **Vervoer**
Hiervoor geldt dat wij je vervoer vergoeden tot ten hoogste 100% van het gemiddelde tarief in de markt.
- **Verpleging en verzorging**
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- **Dure Geneesmiddelen (DGM) en Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)**
Hiervoor geldt dat wij je behandeling/geneesmiddel vergoeden tot ten hoogste 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- **GGZ (specialistisch en basis)**
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot ten hoogste 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Voor verpleging en verzorging in de vorm van een Zwv-pgb gelden de maximale tarieven die vermeld staan in het Ditzo Reglement Zwv-pgb Vrije Keuze 2022.

Het Ditzo Reglement Zwv-pgb Vrije Keuze 2022 kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg

Wij behandelen alleen originele nota's. Wij kunnen de nota alleen verwerken als hierop alle relevante gegevens vermeld staan. Deze worden bepaald door de NZa en benoemd in de nu geldende beleidsregels. Deze zijn te vinden op <https://puc.overheid.nl/nza>.

Uit de nota moeten wij duidelijk kunnen opmaken welk bedrag wij moeten betalen. Als je de nota zelf hebt ontvangen van de zorgaanbieder, ben je verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder.

Je kan je recht op vergoeding alleen overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder als jij of deze zorgaanbieder gebruikt maakt van een akte van cessie die voldoet aan onze regels die te vinden zijn op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen. Dit geldt niet voor:

- audiologische zorg (artikel 18.1);
- dialyse (artikel 18.3);
- erfelijkheidsonderzoek en -advies (artikel 18.6);
- mechanische beademing (artikel 18.16);
- medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg) (artikel 18.17);
- orgaantransplantaties (artikel 18.20);
- revalidatie (artikel 18.22);
- trombosediens (artikel 18.24);
- verpleging en verzorging (artikel 18.26).

Voor de zorg genoemd in bovengenoemde artikelen geldt een cessieverbod.

Een cessieverbod houdt in dat de zorgaanbieder geen nota namens jou bij ons mag indienen. Je betaalt zelf de nota aan de zorgaanbieder en dient de nota vervolgens bij ons in.

Spoedeisende zorg (ook in het buitenland)

Gaat het om spoedeisende zorg dan handelen wij alsof je toestemming van ons hebt gekregen voor de zorg, ook al heb je deze (uiteraard) niet vooraf bij ons aangevraagd. Je moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg in het buitenland doe je dat via SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)20 651 51 51. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

Cruciale zorg gegarandeerd

Door financiële afspraken die wij maken met zorginstellingen kan het voorkomen dat sommige zorginstellingen tijdens het jaar hun omzetplafond bereiken. In die gevallen is de cruciale zorg voor je gegarandeerd (dit wil zeggen ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisiszorg GGZ) maar meestal ook zorg als je al bij die zorginstelling in behandeling bent.

Als de zorginstelling langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kun je contact met ons opnemen. Wij kunnen je helpen met wachtlijstbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorginstelling.

Te veel betaald

Het komt soms voor dat wij aan jou of de zorgverlener of zorgaanbieder meer betalen dan waarop je volgens de verzekeringsovereenkomst recht hebt. Jij (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via automatische incasso. Doordat je deze verzekering met ons bent aangegaan, word je (verzekeringnemer) namelijk geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

Vergoeding van andere zorg dan in de polis omschreven

Wij vergoeden ook vormen van zorg die niet worden genoemd in deze polis. Bij deze zorg moet vaststaan dat er een vergelijkbaar resultaat wordt bereikt als met de regulier aangeboden zorg. Je hebt vooraf onze toestemming nodig. De vorm van zorg mag niet volgens de wet zijn uitgesloten van vergoeding.

Machtigingenbeleid

Voor een aantal vergoedingen geldt er een machtigingenbeleid. Dat betekent dat je (of je zorgaanbieder namens jou) voorafgaand aan de behandeling een aanvraag bij ons in moet dienen om toestemming te krijgen. Als wij de gevraagde toestemming verlenen, krijg je hiervoor een schriftelijke machtiging.

Hiervan is sprake bij:

- eerstelijnsverblijf na drie maanden opname (artikel 18.5);
- bepaalde geneesmiddelen (artikel 18.8);
- niet-gecontracteerde GGZ-behandeling door een GGZ-instelling (artikel 18.12);
- niet-gecontracteerde GGZ-diagnostiek door een GGZ-instelling van meer dan 300 minuten (artikel 18.12);
- aaneengesloten verblijf van meer dan 365 dagen in een klinische GGZ-instelling (artikel 18.12);
- niet-gecontracteerde hulpmiddelen (artikel 18.14) en bij bepaalde gecontracteerde hulpmiddelen (Ditzo Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze);
- behandeling van plastisch chirurgische aard (artikel 18.17);
- bepaalde kaakchirurgische behandelingen (artikel 18.18 en 18.19) zie hiervoor de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie;
- kaakoverzichtsfoto's (code X21) bij verzekerden tot 18 jaar (artikel 18.18);
- implantaten ter bevestiging van een klikgebit, kunst- of klikgebitten die eerder dan vijf jaar worden vervangen en bijzondere tandheelkunde (artikel 18.18 en 18.19);
- niet-gecontracteerde ZBC's bij revalidatie (artikel 18.22);
- niet-gecontracteerde verpleging en verzorging (artikel 18.26);
- persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) (artikel 18.26) zie hiervoor het Ditzo Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2022.

In de machtiging vermelden wij de periode waarover deze geldig is. Als in de machtiging een periode is vermeld die de looptijd van de verzekering overschrijdt, dan neemt je nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over.

[Meer informatie over de achtergrond van dit beleid en de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.](http://www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen)

Opname in een andere ligklasse

Als je wordt opgenomen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum in een andere klasse dan waarvoor je verzekerd bent, krijg je vergoeding op basis van de laagste ligklasse.

Vergoeding DBC-zorgproduct

Voor de vergoeding van zorg waarbij sprake is van een DBC-zorgproduct, wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat de kosten over de DBC geopend in 2021 worden vergoed door de 'oude' verzekeraar, als je in 2022 bent overgestapt.

Voorbeeld:

Als je in 2021 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2022. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2021. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2022, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2022.

Buitenland

Voor zorgkosten die je in het buitenland maakt gelden andere vergoedingsregels. Die kun je vinden in artikel 18.2 Buitenland.

Artikel 4 Premie

Je bent als verzekeringnemer of contractant premie verschuldigd voor je basisverzekering. Ook in het geval van betaling van de premie door een derde in het kader van een collectiviteit, blijft de verzekeringnemer ten allen tijde premieplichtig. Bij niet betaling door de derde kan de premie dan ook per ommegaande van de verzekeringnemer worden gevorderd.

Voor een verzekerde die 18 jaar wordt, betaal je pas premie vanaf de 1e van de maand na zijn of haar verjaardag.

De premie berekenen wij door de premiegrondslag te verminderen met een eventuele korting voor een vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 5 Verplicht eigen risico

Hoogte verplicht eigen risico

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor je eigen rekening.

Voor de GGZ geldt vanaf 2022 het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht. Indien je behandeling is gestart in 2021 en doorloopt in 2022, kun je te maken krijgen met een eigen risico factuur over 2021 en 2022.

Wanneer is het verplicht eigen risico van toepassing

Het verplicht eigen risico is van toepassing op alle zorgvormen in deze polisvoorwaarden behalve voor:

- de kosten van huisartsenzorg. Geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts en laboratoriumonderzoek dat samenhangt met huisartsenzorg vallen wel onder je eigen risico;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van verpleging en verzorging;
- de kosten van voetzorg bij diabetes;
- de kosten van nacontroles van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- medische kosten van een levende donor die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD;
- medicatiebeoordeling bij chronisch UR (uitsluitend recept) geneesmiddel(en)gebruik;
- hulpmiddelen in bruikleen of huur op basis van bruikleen;
- eigen bijdragen (behalve voor geneesmiddelen) of eigen betalingen;
- stoppen-met-rokenbegeleiding en nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen als onderdeel van stoppen-met-rokenbegeleiding;
- de kosten van geneesmiddelen die door ons als preferent zijn aangewezen. De kosten van de zorg die de apotheek verleent (zoals kosten van de aflevering of een begeleidingsgesprek) vallen wel onder het verplichte eigen risico

Alleen de kosten die wij op deze basisverzekering vergoeden tellen mee voor het volmaken van het verplicht eigen risico. Bedragen die voor je eigen rekening komen tellen dus niet mee.

Wij verrekenen zorgkosten eerst met je verplicht eigen risico en daarna met je eventueel vrijwillig gekozen eigen risico.

Als wij je zorgkosten rechtstreeks aan een zorgverlener of zorgaanbieder vergoeden brengen wij het te betalen bedrag aan eigen risico apart bij je in rekening.

Logopedie in het kader van gzsp

Indien je zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

Artikel 18.16 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als je beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heb je recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

Je hebt voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.18 en 18.19. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist.

Een triage-audicien of een klinisch fysicus audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticen, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden je verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of een zelfstandigbehandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.18 en 18.19 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

Je hebt recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 77,50 per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden ook de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Kies je voor een niet-gecontracteerd ZBC

Ga je voor zorg (klinisch of poliklinisch) naar een niet-gecontracteerd ZBC, dan vergoeden wij tot ten hoogste 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://ditzo.z-zoeker.nl>.

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Wij vergoeden als je een vrouw bent tot je 43^{ste} jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na ivf, geldt als nieuwe eerste poging.

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF-poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF-poging wordt aangemerkt.

Tot je 38ste jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal één embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Vanaf je 38ste tot je 43ste jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor je 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van het ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede IVF-poging tot je 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst ;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als je deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Wij vergoeden onder andere geen:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is.

De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen.

Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>.

Artikel 18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

2. Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

Je ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet je aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heb je recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kun jij of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor je eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- je een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift hebt overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- je een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank hebt overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- je van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

3. Vergoeding van zorg

Vergoeding

Om te bepalen of je recht hebt op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet je bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgaanbieder

Met deze basisverzekering heb je recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij ben je volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. Je kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgaanbieder die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
- zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet- gecontracteerde zorg).

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als je kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeden wij je kosten volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgaanbieder. Wij betalen de zorgaanbieder rechtstreeks en je ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaal je meestal apart aan de zorgaanbieder. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij je. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgaanbieder ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief en vrije tarieven

Als je naar een zorgaanbieder binnen Nederland gaat waarmee wij geen of beperkt een contract hebben afgesloten dan vergoeden wij je behandeling tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is gemiddelde bedrag dat wij betalen voor je behandeling als je naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Behandelingen in het kader van de Wet zorg en dwang
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot het maximale NZa tarief.
- Huisarts
Hiervoor geldt dat wij huisartsenzorg vergoeden tot 100% van het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa. Door de huisarts aangevraagd onderzoek (zoals een röntgenfoto of bloedonderzoek) dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd vergoeden wij tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- Hulpmiddelen
Hiervoor geldt dat wij je hulpmiddel/behandeling vergoeden tot ten hoogste 100% van het laagste gecontracteerde tarief. Hieronder verstaan wij het laagste bedrag dat wij hiervoor ter vergoeding hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgaanbieders.
- Vervoer
Hiervoor geldt dat wij je vervoer vergoeden tot ten hoogste 100% van het gemiddelde tarief in de markt.
- Verpleging en verzorging
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- Dure Geneesmiddelen (DGM) en Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)
Hiervoor geldt dat wij je behandeling/geneesmiddel vergoeden tot ten hoogste 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

- GGZ (specialistisch en basis)
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot ten hoogste 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Voor verpleging en verzorging in de vorm van een Zwv-pgb gelden de maximale tarieven die vermeld staan in het Reglement Zwv-pgb Vrije Keuze 2023.

Het Reglement Zwv-pgb Vrije Keuze 2023 kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg

Wij behandelen alleen originele nota's. Wij kunnen de nota alleen verwerken als hierop alle relevante gegevens vermeld staan. Deze worden bepaald door de NZa en benoemd in de nu geldende beleidsregels. Deze zijn te vinden op <https://puc.overheid.nl/nza>.

Uit de nota moeten wij duidelijk kunnen opmaken welk bedrag wij moeten betalen. Als je de nota zelf hebt ontvangen van de zorgaanbieder, ben je verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder.

Je kan je recht op vergoeding alleen overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder als jij of deze zorgaanbieder gebruikt maakt van een akte van cessie die voldoet aan onze regels die te vinden zijn op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten. Dit geldt niet voor:

- audiologische zorg (artikel 18.1);
- dialyse (artikel 18.3);
- erfelijkheidsonderzoek en -advisering (artikel 18.6);
- hulpmiddelenzorg (artikel 18.14);
- mechanische beademing (artikel 18.16);
- medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg) (artikel 18.17);
- orgaantransplantaties (artikel 18.20);
- revalidatie (artikel 18.23);
- trombosedienst (artikel 18.25);
- verpleging en verzorging (artikel 18.27).

Voor de zorg genoemd in bovengenoemde artikelen geldt een cessieverbod.

Een cessieverbod houdt in dat de zorgaanbieder geen nota namens jou bij ons mag indienen. Je betaalt zelf de nota aan de zorgaanbieder en dient de nota vervolgens bij ons in.

Spoedeisende zorg (ook in het buitenland)

Gaat het om spoedeisende zorg dan handelen wij alsof je toestemming van ons hebt gekregen voor de zorg. Je moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg in het buitenland doe je dat via SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

Cruciale zorg gegarandeerd

Door financiële afspraken die wij maken met zorginstellingen kan het voorkomen dat sommige zorginstellingen tijdens het jaar hun omzetplafond bereiken. In die gevallen is de cruciale zorg voor je gegarandeerd (dit wil zeggen ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisiszorg GGZ) en, voor zorg waar je reeds bij de zorginstelling voor in behandeling bent, is het afhankelijk van de afspraken die wij met de zorginstelling hebben gemaakt.

Als de zorgaanbieder langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kun je contact met ons opnemen. Wij kunnen je helpen met wachtlijstbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorgaanbieder.

Te veel betaald

Het komt soms voor dat wij aan jou of de zorgverlener of zorgaanbieder meer betalen dan waarop je volgens de verzekeringsovereenkomst recht hebt. Jij (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via automatische incasso. Doordat je deze verzekering met ons bent aangegaan, word je (verzekeringnemer) namelijk geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

Vergoeding van andere zorg dan in de polis omschreven

Wij vergoeden ook vormen van zorg die niet worden genoemd in deze polis. Bij deze zorg moet vaststaan dat er een vergelijkbaar resultaat wordt bereikt als met de regulier aangeboden zorg. Je hebt vooraf onze toestemming nodig. Dit wordt in de volgende paragraaf toegelicht. De vorm van zorg mag niet volgens de wet zijn uitgesloten van vergoeding.

Machtigingenbeleid

Voor een aantal vergoedingen geldt er een machtigingenbeleid. Dat betekent dat je (of je zorgaanbieder namens jou) voorafgaand aan de behandeling een aanvraag bij ons in moet dienen om toestemming te krijgen. Als wij de gevraagde toestemming verlenen, krijg je hiervoor een schriftelijke machtiging.

Hiervan is sprake bij:

- eerstelijnsverblijf na drie maanden opname (artikel 18.5);
- bepaalde geneesmiddelen (artikel 18.8);
- niet-gecontracteerde GGZ-behandeling door een GGZ-instelling (artikel 18.12);
- niet-gecontracteerde GGZ-diagnostiek door een GGZ-instelling van meer dan 300 minuten (artikel 18.12);
- aaneengesloten verblijf van meer dan 365 dagen in een klinische GGZ-instelling (artikel 18.12);
- niet-gecontracteerde hulpmiddelen (artikel 18.14) en bij bepaalde gecontracteerde hulpmiddelen (Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze);
- behandeling van plastisch chirurgische aard (artikel 18.17);
- bepaalde kaakchirurgische behandelingen (artikel 18.18 en 18.19) zie hiervoor de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie;
- kaakoverzichtsfoto's (code X21) bij verzekerden tot 18 jaar (artikel 18.18);
- implantaten ter bevestiging van een klikgebit, kunst- of klikgebitten die eerder dan vijf jaar worden vervangen en bijzondere tandheelkunde (artikel 18.18 en 18.19);
- niet-gecontracteerde ZBC's bij revalidatie (artikel 18.23);
- niet-gecontracteerde verpleging en verzorging (artikel 18.27);
- persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) (artikel 18.27) zie hiervoor het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2023.

In de machtiging vermelden wij de periode waarover deze geldig is. Als in de machtiging een periode is vermeld die de looptijd van de verzekering overschrijdt, dan neemt je nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over.

Meer informatie over de achtergrond van dit beleid en de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Opname in een andere ligklasse

Als je wordt opgenomen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum in een andere klasse dan waarvoor je verzekerd bent, krijg je vergoeding op basis van de laagste ligklasse.

Vergoeding DBC-zorgproduct

Voor de vergoeding van zorg waarbij sprake is van een DBC-zorgproduct, wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat de kosten over de DBC geopend in 2022 worden vergoed door de 'oude' verzekeraar, als je in 2023 bent overstapt.

Voorbeeld:

Als je in 2022 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2023. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2022. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2023, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2023.

Buitenland

Voor zorgkosten die je in het buitenland maakt gelden andere vergoedingsregels. Die kun je vinden in artikel 18.2 Buitenland.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heb je recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

Je hebt voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts of KNO-arts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.18 en 18.19. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien of een klinisch fysisch audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticen, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden je verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.18 en 18.19 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

Je hebt recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 82,- per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden ook de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Kies je voor een niet-gecontracteerd ZBC

Ga je voor zorg (klinisch of poliklinisch) naar een niet-gecontracteerd ZBC, dan vergoeden wij tot ten hoogste 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.
Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendontie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel). Wij vergoeden als je een vrouw bent tot je 43ste jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen.

Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na IVF, geldt als nieuwe eerste poging. Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF-poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF-poging wordt aangemerkt. Tot je 38ste jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal één embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Vanaf je 38ste tot je 43ste jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor je 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van het ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede IVF-poging tot je 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);

- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelingen;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als je deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden onder andere geen:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld gender-team in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts/medisch specialist gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts/medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>.

18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.