

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa,

Zaaknummer: 202500306

Partijen

A, te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden,
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 24 juni 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. Aan haar is op 29 augustus 2025 een schriftelijke bevestiging gestuurd. Op 5 september 2025 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 e-mailbericht van 6 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van dit e-mailbericht is, eveneens op 6 november 2025, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 11 december 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025026924) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 11 december 2025, aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster heeft bij brief van 5 januari 2026 gereageerd op het advies van het Zorginstituut van 11 december 2025. Een kopie van haar reactie is op 6 januari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 19 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 december 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 1 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Haarlem Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Verzoekster heeft een factuur van 13 december 2024 van het B12 Institute, betreffende een intakeconsult, ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft via de digitale 'MijnOmgeving' aan verzoekster meegedeeld dat de factuur niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 12 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 11 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 1 april 2026 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 is gehouden de factuur van 13 december 2024 ten bedrage van € 405,00 inzake het intakeconsult, alsook de factuur van 5 augustus 2025 van het daaropvolgende (monitorings)consult bij het B12 Institute, aan haar te vergoeden.
- 3.2. In haar brief van 3 februari 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster verklaard dat zij verbaasd was toen bleek dat de factuur van het B12 Institute niet werd vergoed. Volgens verzoekster ontbreekt een adequate en wetenschappelijke onderbouwing van de afwijzing. De reden van afwijzing is volgens de ziektekostenverzekeraar dat zij niet is aangewezen op tweedelijnszorg voor B12-diagnostiek.
- 3.3. Verzoekster heeft verklaard dat zij al jarenlang kampt met klachten van uitputting en vermoeidheid. Zij heeft altijd twee tot drie keer per week gesport, maar krachtopbouw lukte zelfs met advies en begeleiding niet meer. Zij heeft 7 jaren geleden de diagnose hypothyreoïdie gekregen. In mei 2023 is zij in verband met neurologische klachten verwezen naar een neuroloog. In september 2023 is de waarschijnlijkheidsdiagnose Parkinson gesteld. Het voorgeschreven geneesmiddel levodopa verhielp de klachten niet en daarom is verzoekster hiermee gestopt. Sinds 2 jaren heeft zij continue pijnklachten in haar spieren. Vanwege de medicatie voor Parkinson heeft verzoekster de huisarts gevraagd of de waarden van de vitamines B6 en B12 konden worden gemeten. Al jaren is bekend dat het geneesmiddel levodopa kan zorgen voor deficiënties in de vitamines B6 en B12. Ook kunnen deze vitamines invloed hebben op de ernst van de klachten die worden geassocieerd met Parkinson. Volgens verzoekster was de waarde voor vitamine B6 laag (45) en daarom slikte zij daarvoor een supplement. De laatste meting was op 1 oktober 2024, en de waarde was toen gestegen naar 53. De waarde voor vitamine B12 was daarentegen bij herhaling onbegrepen boven de norm en de laatste waarde was zelfs boven de detectiegrens van 1475 pmol/l, zonder dat zij daarvoor een supplement gebruikte. De huisarts

heeft hierover overleg gehad met een hematoloog, maar dat hielp de huisarts en verzoekster niet verder. Daarop is besloten verzoekster te verwijzen naar een internist bij het B12-instituut.

- 3.4. Verzoekster heeft verklaard dat zij dierlijke producten eet, waarin van nature vitamine B12 zit. Toch bleek zij een ernstig B12 tekort te hebben. Met name de beide biomarkers MMA en homocysteïne waren bij de labcontrole op 1 oktober 2024 verhoogd: MMA 400 nmol/l (normaal < 300 nmol/l), homocysteïne 14,8 (normaal < 12). Dit betekent dat er sprake is van een symptomatisch vitamine B12 tekort. Verzoekster heeft gesteld dat zij een gezond voedingspatroon heeft en dat het tekort daarom wordt veroorzaakt door een slechte opname van vitamine B12. De waarschijnlijkheidsdiagnose is auto-immuun gastritis, een aandoening die vaak optreedt bij mensen met hypothyreoïdie. Volgens de richtlijnen is er een strikte indicatie voor levenslange behandeling met B12 injecties (NICE guidelines, sectie 1.5.3.). De eerder onverklaarbare verhoogde waarde van B12 werd waarschijnlijk veroorzaakt door macro B12, een fenomeen in het bloed waarbij B12 aan immuun-eiwitten is gekoppeld. Hierdoor werd onterecht een verhoogde B12 waarde in het bloed gevonden. Dit fenomeen is sinds het begin van de jaren 2000 bekend. Het is aan de internist van het B12 Institute te danken dat deze diagnose is gesteld. Het feit dat het hier gaat om macro B12, en dat hierdoor haar B12-tekort werd gemaskeerd, is aan verzoekster ook bevestigd door een hoogleraar endocrinologie.
- 3.5. Verzoekster heeft verklaard dat zij zichzelf inmiddels met vitamine B12 injecteert. Haar klachten zijn sindsdien verbeterd. Het behandelvoorstel van de internist van het B12 Institute is gebaseerd op het behandelprotocol zoals beschreven in de internationale richtlijnen van de Engelse organisatie NICE. Verzoekster verwijst hiervoor naar een website.
- 3.6. Verzoekster heeft in haar brief van 16 februari 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, gesteld dat zij de aanpak zoals het Zorginstituut die omschrijft heeft gevolgd. Het advies van het Zorginstituut is niet vrijblijvend en het is de ziektekostenverzekeraar niet toegestaan hiervan af te wijken. De ziektekostenverzekeraar gaat volgens verzoekster niet in op haar inhoudelijke onderbouwing. Zij wil daarop zijn reactie. In haar brief van 9 mei 2025 heeft verzoekster verklaard dat de factuur van 13 december 2024 een eerste consult betreft. De afwijzing van de factuur is niet in lijn met het advies van het Zorginstituut, waarnaar de ziektekostenverzekeraar heeft verwezen. Haar huisarts en de behandelend medisch specialist vinden het relevant een conclusie te trekken na een half jaar behandelen. Het consult daarvoor was op 25 april 2025. De medisch specialist heeft de vervolgzorg inmiddels overgedragen aan de huisarts. Verzoekster heeft de verwijzing van de huisarts, een second opinion, een factsheet en een antwoord van ChatGPT overgelegd.
- 3.7. Verzoekster heeft bij brief van 5 januari 2026 gereageerd op het advies van het Zorginstituut van 11 december 2025. Volgens verzoekster gelden er voorwaarden waaraan de huisarts moet voldoen voor vervolgconsulten over B12-adviezen. Een B12 advies kan door de huisarts alleen veilig worden overgenomen als:
 1. De behandeling bestaat uit hydroxocobalamine injecties, variant Takeda (zonder benzylalcohol), 1000 mcg 2x per week intramusculair, totdat of alle klachten verdwenen zijn, of de klachten niet meer verder verbeteren. Dit staat beschreven in de NICE richtlijnen, regels 1.6.10 tot en met 1.6.12.
 2. De frequentie van de B12 injecties op de lange termijn wordt bepaald op basis van anamnese en staat onder regie van de persoon met B12 tekort zelf: klachten dienen te verdwijnen en weg te blijven. De frequentie van B12 injecties wordt niet gebaseerd op bloedbepalingen. Deze horen hoog te zijn onder suppletie/intramusculaire injecties.
 3. Naast B12 tekort kunnen verschillende aandoeningen voorkomen; de huisarts is in principe alert op bijvoorbeeld schildklieraandoeningen, tekorten van foliumzuur, ijzer en vitamine D. De huisarts dient te zorgen voor adequate suppletie van deze stoffen.

- 3.8. Volgens verzoekster is door het Zorginstituut niet te bepalen of haar huisarts aan deze drie voorwaarden voldoet. Hierdoor kan het Zorginstituut niet vaststellen of vervolggconsulten door de huisarts veilig en effectief kunnen worden uitgevoerd. Verzoekster heeft verklaard dat haar huisarts onvoldoende kennis heeft van het gestelde onder punt 1 en 2. Bovendien heeft de huisarts in het begin van de behandeling (2019-2020) een B12 tekort vastgesteld en slechts 4 vitamine B12 injecties gegeven. Vervolgens is het B12 gehalte in het bloed gecontroleerd onder suppletie. Dit laat zien dat de huisarts de vervolggbehandelingen niet adequaat kon uitvoeren en hiervoor een internist nodig was.
- 3.9. Ter zitting heeft verzoekster haar spreek aantekeningen van 10 maart 2026 voorgedragen. Al sinds 2010 is bekend dat B12 vals verhoogd kan zijn op basis van macro-B12, waarbij B12 aan immuunewitten ‘geplakt’ zit. Haar huisarts was hiermee niet bekend. Daarom was de verwijzing naar een medisch specialist juist nodig en medisch noodzakelijk. Zij heeft verklaard wanneer een B12 advies door de huisarts veilig kan worden overgenomen. Volgens verzoekster is het Zorginstituut niet nagegaan of haar huisarts dit kon beoordelen. Wat betreft de facturen van 13 december 2024 (behandelingen op 6 september 2024 en 25 oktober 2024) en 5 augustus 2025 (bezoek op 25 april 2025) heeft verzoekster verklaard dat het bezoek op 6 september een anamnese en het vaststellen van de bloedwaardes betrof. Op 25 oktober 2024 zijn de bloedwaardes en een voorlopig advies besproken. Het ging hierbij volgens verzoekster niet – zoals het Zorginstituut heeft opgemerkt – om een herhaalconsult, maar de opvolging van de anamnese. Het bezoek op 25 april 2025 betrof wel een vervolggafsprak om vast te stellen of nog bijsturing nodig was. Daarvoor is een bepaalde deskundigheid vereist.
- 3.10. Verzoekster heeft voorts gesteld dat de factuur van 5 augustus 2025 onderdeel van het geschil is. Als dit niet het geval is, dan is deze hele procedure voor niets geweest.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. Bij brief van 12 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in artikel 1 van de Algemene bepalingen van de zorgverzekering, onder 1.4., de inhoud en omvang van de zorg is bepaald. Een verzekerde dient naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen op de zorg. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten, en door de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. In het kader van de doelmatigheid heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het uitgangspunt in de Zorgverzekeringswet is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar (Toelichting op het Besluit zorgverzekering, Staatsblad 2005, 389, p.37). Verder heeft de ziektekostenverzekeraar het project ‘Doelmatig gebruik vitaminediagnostiek’ toegelicht. Vanuit dit landelijk project is gebleken dat bloedonderzoek voor vitamine B12 vrijwel nooit nodig is. Als een bloedonderzoek voor B12 wel nodig is, kan de huisarts dit zelf eenvoudig bepalen en behandelen. Om deze reden heeft de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 oktober 2023 de vergoeding van tweedelijnszorg voor B12-diagnostiek stopgezet. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een advies van het Zorginstituut aan de commissie (zaaknummer 2023053725), waarin is vermeld:
“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 plaatsvinden in de eerstelijns. Het voorschrijven en toedienen van vitamine B12 per injectie dient onder verantwoordelijkheid van een arts te geschieden en dit kan ook de huisarts zijn.”
Het stopzetten van de vergoeding geldt voor alle verzekerden. Daarop worden volgens de ziektekostenverzekeraar geen uitzonderingen gemaakt.
- 4.2. Bij brief van 23 juni 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster door de huisarts is verwezen naar het B12

Institute. Daar is de indicatie gesteld door een medisch specialist. De factuur daarvan is van 13 december 2024. In zijn reactie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de verwijzing naar een eerder bindend advies (zaaknummer 202400183), waarin de commissie overwoog dat aanspraak bestond op volledige vergoeding van het eerste consult, in het geval van verzoekster geen rol speelt, aangezien in die zaak sprake was van een individuele bijzondere omstandigheid. De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt dat zowel in de NHG-richtlijn 'Anemie' (2014, laatst aangepast 2024) als in het NHG-standpunt 'Diagnostiek van vitamine B12-deficiëntie' (2014) wordt uitgegaan van de situatie dat de regie van diagnostiek en behandeling bij de huisarts ligt, inclusief standaard- en gespecialiseerde laboratoriumtesten. De richtlijnen zijn er om huisartsen te ondersteunen en om de veelheid aan aanvragen te ondervangen. Om deze reden ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding het intakeconsult te vergoeden.

- 4.3. Wat betreft de vergoeding van de vervolghandeling verwijst de ziektekostenverzekeraar wederom naar artikel 1 van de Algemene bepalingen van de zorgverzekering, onder 1.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van een medische noodzaak, die een behandeling bij de medisch specialist in plaats van de huisarts noodzakelijk maakt. De huisarts heeft geen nadere onderbouwing gegeven waarom een verwijzing voor een intakeconsult en indicatiestelling, dan wel een vervolghandeling bij het B12 Institute medisch noodzakelijk was. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom geen aanleiding over te gaan tot vergoeding van de hiermee gemoeide kosten.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 6 november 2025, gericht aan de commissie, verwezen naar de correspondentie die in dit dossier eerder is gewisseld. Volgens de ziektekostenverzekeraar is door verzoekster niet onderbouwd dat het noodzakelijk was dat de zorg werd verleend in de tweede lijn. De brief van NuovoCare vanuit de tweede lijn aan de huisarts kan niet gelden als onderbouwing. De onderbouwing voor doorverwijzing moet immers uit de eerste lijn zelf komen, en wel voorafgaand aan de verwijzing. Uit de verwijzing zelf blijkt de onderbouwing evenmin. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat verzoekster op eigen initiatief naar het B12 institute wilde. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de primaire afwijzing niet over kan leggen, omdat deze via de digitale 'MijnOmgeving' is verstuurd. Hij heeft om die reden een screenshot aangeleverd.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat vanuit de DBC één of twee consulten worden vergoed. Daar hoort een vast bedrag ter vergoeding bij. Het voorlopig advies van het Zorginstituut is aan de medisch adviseur voorgelegd en hierna is besloten dit te volgen. Dit betekent dat de eerste factuur voor de intake bij de medisch specialist conform de voorwaarden van de zorgverzekering aan verzoekster wordt vergoed. Het B12 Institute is geen gecontracteerde zorgaanbieder. Herhaalconsulten kunnen bij de huisarts plaatsvinden. De factuur van 5 augustus 2025 wordt daarom niet vergoed en deze is volgens de ziektekostenverzekeraar ook geen onderdeel van deze procedure. De factuur is namelijk later ingebracht en werd door de ziektekostenverzekeraar niet eerder ontvangen ter herbeoordeling. De hiervoor geldende klachtprocedure is ook niet doorlopen. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de factuur van 5 augustus 2025 – als het advies van het Zorginstituut wordt gevolgd – niet wordt vergoed. Het betreft namelijk geen verzekerde zorg.
- 4.6. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een internist op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering valt onder een zorgaanbieder die medisch specialistische zorg levert. Het wel of niet gecontracteerd zijn van de zorgaanbieder staat hier los van. Het B12 Institute is een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). ZBC's sluiten contracten met zorgverzekeraars. Met de ziektekostenverzekeraar is echter geen contact gesloten. Hierdoor zal

verzoekster voor de intake een lagere vergoeding krijgen dan wanneer zij naar een gecontracteerde zorgaanbieder was gegaan.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 11 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Achtergrond

Oorzaak vitamine B12 tekort

Een vitamine B12 tekort kan op verschillende manieren worden veroorzaakt. Auto-immuun 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. Een auto-immuunziekten die geassocieerd is met atrofische gastritis is hypothyreoïdie (ziekte van Hashimoto). Maag- of terminale ileumresectie of darmaandoeningen, zoals de ziekte van Crohn en coeliakie, kunnen ook verminderde opname veroorzaken. Daarnaast kan een verminderde intake door een dieet zonder dierlijke producten (vegetarisch of veganistisch dieet) tot een vitamine B12 tekort leiden. Verder kunnen medicijnen verminderde opname (bijv. levodopa, 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 trombocytopenie (verminderd aantal bloedplaatjes). Daarnaast kunnen neurologische symptomen zoals verminderde sensibiliteit (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.

Oorzaak verhoogd vitamine B12

De vitamine B12 voorraad in het lichaam wordt aangevuld wanneer er dierlijke producten zoals vlees, ei en zuivel worden gegeten. Een teveel aan vitamine B12 in het bloed kan verschillende oorzaken hebben, maar wordt vrijwel nooit veroorzaakt door teveel vitamine B12 uit voeding. De meest voorkomende oorzaak is suppletie van vitamine B12 via tabletten of injecties. Andere oorzaken zijn leverschade, nierziekten en (bloed)kanker. Daarnaast is het mogelijk dat er een vals verhoogd vitamine B12 gemeten wordt, doordat er een verhoogd macro B12 in het bloed aanwezig is. Macro B12 is een complex van vitamine B12 met transcobalamine (transporteiwit voor vitamine B12) en immuunglobulinen (antistoffen). Bij verdenking op een verhoogd macro B12, bijvoorbeeld bij een onmeetbaar hoge vitamine B12 waarde zonder suppletie, kan dit bepaald worden met een test (PEG-precipitatie).

Richtlijnen NHG-Standaard/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.

Diagnostiek volgens NHG-Standaard/Standpunt

Bij een klinische verdenking of risicofactoren (zie oorzaken) op een vitamine B12 tekort wordt de totale vitamine B12 spiegel bepaald. Een vitamine B12 spiegel van hoger 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 (bijv. 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 pariëtaalcellen 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/standpunt

Het NHG adviseert patiënten met een vitamine B12 tekort te behandelen met hoge dosis vitamine B12 tabletten (cyanocobalamine 1 dd 1000 microgram), 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 10 injecties (hydroxocobalamine 2 x/week 1 mg) gevolgd door een onderhoudsdosis (1 mg/2 maanden). Bij neurologische symptomen wordt een hogere onderhoudsdosis (1-2 x/week 1 mg gedurende 2 jaar) geadviseerd. Controle van vitamine B12 spiegels tijdens de behandeling wordt niet als zinvol beschouwd. De richtlijnen geven geen aanbevelingen over de frequentie van controles tijdens de behandeling.

Behandeling in tweede lijn

Er is geen Nederlandse behandelrichtlijn voor vitamine B12 tekort in de tweede lijn. Behandelaren in de eerste en de 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 pernicieuze anemie in de tweede lijn wordt behandeld met vitamine B12 injecties. Dit berust onder andere op een Cochrane review, die heeft laten zien dat vitamine B12 tabletten even effectief lijken te zijn als injecties bij een vitamine B12 tekort, maar dat het bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit is.

NICE-richtlijn

NICE heeft in maart 2024 een richtlijn met uitgebreidere aanbevelingen over de diagnostiek en 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 niet een onomkeerbare oorzaak zoals malabsorptie door een maag- of terminale ileumresectie 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 een patiënt 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. NICE adviseert bij een dieet als mogelijke oorzaak 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 vitamine B12 levenslang te continueren.

Beoordeling

Uit de medische correspondentie in het dossier blijkt dat in 2019 een vitamine B12 tekort bij verzoekster is vastgesteld, waarna vitamine B12 werd gesuppleerd. Na suppletie, middels viermaal een vitamine B12 injectie, was de vitamine B12 waarde fors gestegen. Hierna werd gestopt met suppleren. Uit de documentatie is niet op te maken hoe de diagnose is gesteld bij een normale vitamine B12 spiegel (375 pmol/l). Ook is niet duidelijk of er destijds onderzoek is gedaan naar de oorzaak van het vitamine B12 tekort en of er dus een indicatie was voor levenslange vitamine B12 suppletie.

In 2023 is de ziekte van Parkinson gediagnosticeerd bij verzoekster, waarbij gestart is met levodopa. Dit kan leiden tot een vitamine B12 tekort. Vanwege toenemende klachten van verzoekster werd de vitamine B12 waarde gecheckt. De waarde was fors verhoogd, ondanks dat verzoekster al jaren gestopt was met suppletie. De huisarts heeft contact opgenomen met een hematoloog, welke adviseerde om het bloedbeeld en leverwaarden te checken. Deze waarden waren echter niet afwijkend. Hierna heeft de huisarts verzoekster doorgestuurd naar de internist van het B12 Institute, omdat er geen verklaring was voor de verhoogde B12 waarde.

Hoewel in 2019 de diagnose vitamine B12 tekort al gesteld was, was het beeld in 2023 beduidend anders. Verzoekster had zowel een toename van klachten, als een nieuwe diagnose (ziekte van Parkinson) waarbij de levodopa tot een vitamine B12 tekort kan leiden. Daarnaast was er juist sprake van een verhoogde vitamine B12 waarde. Een verwijzing naar de internist voor diagnostiek naar de verhoogde B12 waarde lijkt daarom gerechtvaardigd. Op het moment van verwijzing naar het B12 Institute was er nog geen diagnose gesteld. Wanneer een verzekerde (vanuit de eerste lijn) wordt doorverwezen naar een medisch specialist voor een behandeling, terwijl op dat moment nog niet vaststaat welke behandeling zal volgen, is het consult en de eventuele diagnostiek ter bepaling van de vervolgbehandeling verzekerde zorg. Verzoekster kan daarom aanspraak maken op vergoeding van het intake consult bij het B12 Institute.

Uit de brief d.d. 17 augustus 2025 inzake de second opinion blijkt dat verzoekster een vitamine B12 tekort heeft waarschijnlijk op basis van een atrofische gastritis waarvoor zij levenslang met vitamine B12 behandeld dient te worden. De behandeling van het vitamine B12 tekort kan na de indicatiestelling plaatsvinden in de eerste lijn. Op basis van de klachten wordt zo nodig de frequentie van toediening van vitamine B12 aangepast. Wanneer daar aanleiding toe is, kan de patiënt behandeld worden in de tweede lijn. Voor verzoekster wordt geen onderbouwing gegeven waarom controle in de tweede lijn noodzakelijk is. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de monitoringsconsulten bij het B12 Institute.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op het intake consult bij het B12 Institute, maar niet op het

herhaalconsult. De kosten voor het intake consult bij het B12 Institute kom[en] voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. De kosten voor het herhaalconsult niet.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op het intake consult bij het B12 Institute, maar niet op het herhaalconsult.”

- 5.2. In het definitief advies van 1 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Uit deze 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.”

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 4.6 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 het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ en geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De zorgverzekering biedt dekking voor geneeskundige zorg. De aanspraak hierop is geregeld in artikel 6 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.4, eerste lid, Bzv.
De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut op grond van artikel 114, derde en vierde lid, Zvw. Het advies is voor de commissie niet bindend.

Intakeconsult

- 7.3. In het voorlopig advies van 11 december 2025 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op het intakeconsult bij het B12 Institute.
Verzoekster heeft een factuur van 13 december 2024 ten bedrage van € 405,-- ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze factuur ziet op het intakeconsult van 6 september 2024 en het vervolg op de intake van 25 oktober 2024 bij het B12 Institute. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat hij, na kennis te hebben genomen van het advies van het Zorginstituut, de factuur van 13 december 2024 alsnog aan verzoekster zal vergoeden, met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dat verband heeft hij erop gewezen dat sprake is van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en dat dit gevolgen heeft voor de hoogte van de vergoeding.

(Monitorings)consult

- 7.4. Verzoekster heeft ter zitting ook verzocht om vergoeding van de factuur van 5 augustus 2025. Deze factuur ziet op het (monitorings)consult op 25 april 2025. Dit consult was volgens verzoekster noodzakelijk, omdat haar huisarts en de behandelend medisch specialist dit relevant vonden na een half jaar behandelen. De ziektekostenverzekeraar heeft in de eerste plaats gesteld dat deze factuur geen onderwerp is van de onderhavige procedure, omdat hij niet in de gelegenheid is gesteld deze te beoordelen en ook de klachtenprocedure niet is doorlopen.
- 7.5. De commissie merkt op dat verzoekster de factuur van 5 augustus 2025 heeft genoemd in haar spreek aantekeningen van 5 januari 2026. Daarmee is echter niet voldaan aan het bepaalde in artikel 114, tweede lid, Zvw waarin staat dat de onafhankelijke instantie een geschil slechts in behandeling neemt nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen een redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd. Ook in artikel 2 van het Reglement voor het behandelen van klachten door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen is bepaald dat een klacht alleen wordt behandeld als de consument de klacht eerst heeft voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar en deze een redelijke mogelijkheid heeft gekregen om schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting, waarbij de factuur van 5 augustus 2025 aangaande het monitoringsconsult door verzoekster ter sprake werd gebracht, voorts opgemerkt deze factuur niet ter beoordeling te hebben ontvangen en uitdrukkelijk bezwaar gemaakt tegen de behandeling daarvan door de commissie als onderdeel van dit geschil. Gelet op het voorgaande kan de commissie geen bindend advies uitbrengen over de klacht van verzoekster aangaande de vergoeding van de factuur van 5 augustus 2025 aangaande het monitoringsconsult.
- 7.6. Gelet op het gestelde in 7.3. ziet de commissie aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het klachtgeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het intakeconsult bij het B12 Institute aan verzoekster te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden;
 - (ii) verzoekster geen aanspraak heeft op (monitorings)consulten ten laste van de zorgverzekering;
 - (iii) verzoekster niet ontvankelijk is in haar verzoek met betrekking tot de factuur d.d. 5 augustus 2025
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 6 juli 2026,

A. de Ruijter

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 er 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

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 verslaptte 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 gehemeltespelingen, 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.

Rubriek A Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
- e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas (per post of digitaal). In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen van een door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden. In tegenstelling tot de 1^{ste} zin in dit artikel staat deze zorgverzekering niet open voor diegene wiens eerdere zorgverzekering is opgezegd of ontbonden binnen vijf jaar direct voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de verzekering wegens fraude.

1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Zeker Polis is een naturaverzekering van Zorg en Zekerheid. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op zorg, of de vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Een zorgverlener moet voldoen aan de relevante richtlijnen, kwaliteitsstandaarden/-kaders én alle overige documenten welke het karakter van een kwaliteitsnorm hebben voor de betreffende beroepsgroep, wil sprake kunnen zijn van vergoeding.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

Zorg in natura wordt verleend door een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: dit heet een gecontracteerde zorgverlener.

Wanneer u zorg omschreven in rubriek B nodig heeft, kunt u zich richten tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht met gecontracteerde zorgverleners vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer (071) 5 825 825 of bezoek onze winkel.

De gecontracteerde zorgverlener ontvangt de vergoeding van de kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons.

Artikel 6 Medisch-specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing vooraf noodzakelijk door uw huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts, medisch specialist (inclusief sportarts) of physician assistant, spoedeisendehulparts, verpleegkundig specialist, GGD-arts, arts infectieziekten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, optometrist en orthoptist (kunnen alleen verwijzen naar de oogarts), klinisch fysicus-audioloog en triage-audicien (kunnen alleen verwijzen naar KNO-arts of audiologisch centrum) of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft of aangeboren afwijkingen bij de pasgeborene, door een verloskundige. In het geval dat het tandheelkunde of orthodontie betreft te verlenen door een kaakchirurg, is een verwijzing noodzakelijk van een tandarts of orthodontist. De geldigheidsduur van een verwijzing is één jaar, tenzij de verwijzer een andere geldigheidsduur aangeeft.

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. Wat betreft de zorg geleverd door een sportarts bestaat alleen aanspraak als het medisch-specialistische zorg betreft die zich richt op herstel, genezing, dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening. De zorg kan bestaan uit:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject en/of;
- diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan door bewegen en/of door overbelasting.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.1.1 Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

Sommige behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot de basisverzekering conform artikel 2.1 lid 5 van het Besluit zorgverzekering (Bz) en artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering (Rz). De effectiviteit van deze behandelingen is nog onvoldoende aangetoond. Maar deze behandelingen worden wel tijdelijk vergoed vanuit de basisverzekering. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. U kunt de 'Voorwaardelijk toegelaten behandelingen' inzien op www.zorginstituutnederland.nl.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch-specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- medisch-specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen (met uitzondering van de geneesmiddelen die zijn uitgesloten in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering), hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- er dient sprake te zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met medisch-specialistische zorg;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch-specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch-specialistische behandeling in of door een centrum voor medisch-specialistische zorg;
- medisch-specialistische behandeling van de extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om prestaties opgenomen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op:

Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, als die noodzakelijk zijn ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden, als 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;
- 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;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- elektrische epilatie bij transgenders zoals bedoeld onder artikel 17.5 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?

- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch-specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie op www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch-specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch-specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op www.zorgenzekerheid.nl.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECG's). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:

- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden).

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient een aanvraag te zijn van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten voor alle eerstelijnsdiagnostiek.

In uitbreiding hierop mag de aanvraag ook gedaan worden door:

- de verloskundige voor een prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen;
- de GGD-arts voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.6 Vergoeding verblijf bij CAR-T-celtherapie

Wanneer u in een expertziekenhuis onder behandeling bent voor CAR-T-celtherapie is het noodzakelijk dat u in week 3 en 4 van de behandeling binnen 60 minuten van een expertziekenhuis verblijft. Wanneer u niet binnen deze straal woonachtig bent dient u tijdelijk elders te verblijven. Dit mag in een hotel of vakantiewoning zijn. De aanwezigheid van een mantelzorger is hierbij voldoende.

Waar heb ik recht op?

Vergoeding van verblijfskosten in week 3 en 4 van de CAR-T-celtherapie. De hoogte van de vergoeding voor uw verblijf is € 89,00 per nacht.

Waar heb ik geen recht op?

Vergoeding van de verblijfskosten van de mantelverzorger.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg**7.1 Prenatale screening**

De prenatale screening valt onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening. Deze centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteitseisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op een prenatale screening, de aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:

- counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap. Hiermee wordt bedoeld: het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening;
- counselinggesprek voor de 13 weken echo en voor de 20 weken echo, beiden worden besproken in één counselinggesprek;
- NIPT uitsluitend als er sprake is van een medische indicatie;
- alle zwangere verzekerden die een NIPT in Nederland of elders hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek;
- een CTG (cardiotocogram) door een verloskundige bij minder leven, naderende serotiniteit en bij het uitwendig draaien van een kindje in stuitligging naar hoofdligging.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten ijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Wat zijn de voorwaarden?

Zorgverleners moeten, voor de termijnecho om vast te stellen hoe lang iemand zwanger is en voor de specifieke diagnose echo, ingeschreven staan in het relevante register van Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).