

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302710

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is hem een hogere vergoeding te verlenen dan € 2.306,15 voor een te Cottbus, Duitsland, uitgevoerde liesbreukoperatie met de 'Shouldice Repair Methode'.  
De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hoger bedrag.
- 1.2. De commissie overweegt dat sprake is van een bijzonder soort combinatiewaardering, waarvoor op grond van artikel 13 Zvw geldt dat de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepaalt indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In die zin is deze combinatiewaardering vergelijkbaar met een natuurwaardering. Ten aanzien daarvan valt uit de rechtspraak op te maken dat als basis voor het bepalen van de vergoeding het 'uitgangstarief' moet worden genomen. Hiervoor zijn diverse modaliteiten denkbaar. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld het - gewogen - gemiddeld gecontracteerde tarief als 'uitgangstarief' nemen, maar ook het hogere marktconforme tarief. In dit geval heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij als 'uitgangstarief' het op één na laagste daadwerkelijk bij hem door Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) gedeclareerde tarief neemt.  
Hierbij kijkt hij ook naar naastgelegen tarieven. Eventuele uitschieters naar beneden worden op die manier gecorrigeerd. Omdat er een uitschieter was naar beneden, is in dit geval niet voor het laagste tarief gekozen. Op het gecorrigeerde tarief is vervolgens door de zorgverzekeraar een korting toegepast van 5%. De commissie oordeelt dat de toegepaste korting voor de modale zorggebruiker geen feitelijke hinderpaal vormt als bedoeld in de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw en beslist daarom tot afwijzing van het verzoek.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 15 december 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 15 februari 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 21 maart 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024008199) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 maart 2024 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 april 2024 op het advies gereageerd. Hierbij heeft hij onder andere meegedeeld het advies voor kennisgeving aan te nemen. Een afschrift van deze reactie is op 3 april 2024 aan de zorgverzekeraar gestuurd. Hiermee is het voorlopig advies van het Zorginstituut definitief geworden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 11 maart 2024 respectievelijk 12 april 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft zich in verband met een dubbelzijdige liesbreuk gewend tot een arts in Cottbus, Duitsland. Deze arts heeft een liesbreukoperatie voorgesteld met de zogenoemde 'Shouldice Repair Methode'. De kosten hiervan werden begroot op € 4.205,73. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding hiervan.
- 3.3. Bij brief van 18 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een maximale vergoeding wordt verleend van € 2.306,15, gebaseerd op DBC zorgproductcode 110401025 (declaratiecode 15B431).
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 maart 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de juiste DBC zorgproductcode voor deze ingreep 110401023 (declaratiecode 15B429) moet zijn, met een bijbehorend tarief van € 1.427,16. Omdat eerder een vergoeding van € 2.306,15 werd toegezegd, zal de zorgverzekeraar dit hogere bedrag aan verzoeker vergoeden.
- 3.5. Bij brief van 21 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is hem een hogere vergoeding te verlenen dan € 2.306,15 voor de te Cottbus, Duitsland, uitgevoerde liesbreukoperatie met de 'Shouldice Repair Methode'.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de SKGZ van 21 september 2023 toegelicht dat hij in 2022 tijdens het fietsen zodanige pijn in zijn lies kreeg dat hij niet verder kon fietsen. Omdat hij ook een uitstulping had in zijn lies, heeft hij zijn huisarts bezocht, die hem bevestigde dat hij een liesbreuk had. Aangezien het mogelijk was dat de darmen klem kwamen te zitten tussen de randen van de liesbreuk, was spoedig ingrijpen noodzakelijk. Na enig onderzoek bleek dat bij alle mogelijke operaties in Nederland een kunststof matje zou worden geplaatst. Omdat het kunststof matje vaak de oorzaak is van (chronische) pijnklachten, heeft verzoeker gezocht naar een alternatief. Tijdens een uitzending van het programma RADAR werd aandacht besteed aan dit probleem en kwam de arts in Duitsland aan het woord. Het gaat om een internationaal erkende specialist op het gebied van het behandelen van een liesbreuk volgens de zogenoemde 'Shouldice-methode'. Daarbij wordt de liesbreuk gerepareerd zonder een kunststof matje in te brengen.

Verzoeker is op consult geweest bij deze arts, die constateerde dat er inderdaad sprake was van een tweezijdige liesbreuk, die kon worden verholpen met de 'Shouldice-methode'. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd om toestemming. In reactie hierop kreeg hij een brief met de mededeling dat maximaal € 2.306,15 wordt vergoed. Verzoeker is op 1 februari 2023 in Duitsland geopereerd. Hij kwam na de ingreep in contact met medepatiënten die een veel hogere vergoeding bleken te krijgen van hun verzekeraar. Waar verzoeker ongeveer 54% van de totale kosten vergoed krijgt, was dat bij deze patiënten bij twee verschillende verzekeraars 90%.

- 4.3. Volgens de zorgverzekeraar had het te vergoeden bedrag eigenlijk € 1.427,16 moeten zijn. Verzoeker heeft bij zes zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft de passantentarieven bekeken, en deze variëren tussen de € 4.000,- en € 6.000,-. Verzoeker acht het onwaarschijnlijk dat deze zorgaanbieders de onderhavige ingreep uitvoeren voor het door de zorgverzekeraar genoemde bedrag. Verder heeft de zorgverzekeraar hem meegedeeld dat met alle ziekenhuizen en zorgaanbieders contracten zijn gesloten. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar hierop gevraagd hem drie zorgaanbieders te noemen waar hij terecht had gekund voor een liesbreukoperatie met de 'Shouldice-methode'. De zorgverzekeraar heeft hem hierop geen antwoord gegeven. Dit gold ook voor de vraag hoe de vergoeding tot stand is gekomen. Als deze ingreep niet in Nederland wordt uitgevoerd, kan hiervoor immers ook geen tarief zijn. De lage vergoeding vormt voorts een feitelijke hinderpaal om de zorg in Duitsland te kunnen afnemen.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 15 december 2023 heeft verzoeker aanvullend aangevoerd dat hij één Nederlandse arts heeft gevonden die dezelfde techniek toepast. Hij rekent hiervoor een passantentarf van € 6.485,06. Verzoeker heeft een combinatiepolis met vrije artsenkeuze. De rekening van de Duitse zorgaanbieder was veel lager dan het gemiddelde passantentarf. Volgens de zorgverzekeraar ligt het tarief van de Duitse arts echter € 300,- hoger dan het gemiddeld ingediende tarief. Verzoeker komt dan uit op een vergoeding van € 3.900,-. De rekening van de Duitse arts was dan immers 7% hoger dan het gemiddeld ingediende tarief. Dit is niet excessief te noemen. Overigens is ook voor hem niet te controleren of het door de zorgverzekeraar genoemde bedrag juist is. De zorgverzekeraar heeft zijn stelling namelijk niet met stukken onderbouwd. In de verzekeringsvoorwaarden staat dat bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een 'net iets lagere' vergoeding wordt verleend dan bij een vergelijkbare gecontracteerde zorgaanbieder. In werkelijkheid wordt het op één na laagste ingediende tarief vergoed, verminderd met 5%. Verzoeker voelt zich ernstig misleid door deze tekst. Verzoeker is van mening dat hij ten minste aanspraak heeft op 75% van het gemiddeld ingediende tarief, zoals gangbaar bij andere verzekeraars.

## 5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 2.306,15. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 29 november 2023 aangevoerd dat de toegepaste DBC-zorgproductcode (15B429) ziet op een 'dubbelzijdige open operatie bij een liesbreuk'. Daarbij zijn de volgende factoren gebruikt: "chirurgie, diagnose 121, za 2x 035700 en lx, 190090". Volgens het behandelplan ging het om een open procedure, waarbij in eerste instantie (onterecht) de code voor een endoscopische liesbreukoperatie is gebruikt. In de kliniek in Duitsland wordt deze operatie zonder plaatsing van een kunststof matje uitgevoerd. Deze techniek wordt ook in Nederlandse ziekenhuizen en ZBC's toegepast. In Nederland wordt voor de vergoeding geen onderscheid gemaakt tussen een open liesbreukoperatie mét of zonder 'Shouldice-methode'. Er is geen reden aan te nemen dat deze techniek in de uitvoering duurder zou zijn. Een operatie met een matje duurt mogelijk zelfs iets langer, en daar komen de kosten van het matje nog bij.
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft met alle ziekenhuizen in Nederland een zorgovereenkomst gesloten. Dit betekent dat verzekerden alleen te maken krijgen met niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg, indien zij naar het buitenland of een ZBC gaan. Een verzekerde ontvangt in dat geval maximaal de door de zorgverzekeraar vastgestelde vergoeding, die is terug te vinden op de website, onder 'vrije tarieven' op de pagina over ZBC's. De vergoedingen die hier

zijn vermeld, zijn gebaseerd op de tarieven die de zorgverzekeraar heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Zorgverzekeraars hebben een grote mate van vrijheid om de hoogte van de vergoeding te bepalen, zolang er voor de verzekerde maar geen sprake is van een feitelijke hinderpaal om zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Indien dit niet het geval zou zijn, zouden zorgaanbieders zelf hun prijs kunnen bepalen, hetgeen tot onredelijk hoge rekeningen kan leiden. Uiteindelijk dient sprake te zijn van een marktconform tarief en dat hoeft niet het gemiddeld gecontracteerd tarief te zijn. De zorgverzekeraar heeft van de wetgever een regierol toebedeeld gekregen om de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg te beheersen.

Hierdoor is het juist aangewezen om als zorgverzekeraar een lagere vergoeding te verlenen voor zorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is immers niet te rechtvaardigen wanneer niet-gecontracteerde zorgaanbieders bevoordeeld zouden worden boven gecontracteerde zorgaanbieders, die dezelfde zorg verlenen maar daarbij wél gebonden zijn aan contractvoorwaarden. Daarmee zou het principe van contracteren worden ondergraven en de contracteergraad zou dan sterk dalen, hetgeen ook weer tot een stijging van de totale kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg zal leiden. Dit uitgangspunt is ook in de jurisprudentie en door de wetgever bevestigd. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg uit van het laagste gecontracteerde tarief, dat ook daadwerkelijk bij hem is gedeclareerd. Hierbij wordt gecontroleerd of dit laagste tarief geen uitschieter naar beneden betreft door ook naar naastgelegen tarieven te kijken. Indien nodig wordt gekozen voor een ander (hoger) tarief. In het onderhavige geval heeft de zorgverzekeraar voor het een na laagste tarief gekozen vanwege een uitschieter naar beneden. Op dit uitgangstarief is een korting toegepast van 5%.

- 5.3. In de lijst met gecontracteerde tarieven voor de DBC-zorgproductcode 110401023 (declaratiecode 15B429) is terug te zien dat de lagere tarieven zijn afgesproken met ZBC's. De hogere tarieven zijn afgesproken met (academische) ziekenhuizen. Deze tarieven variëren sterk. Dit komt doordat ZBC's deze medisch specialistische zorg tegen aanzienlijk lagere kosten kunnen leveren dan ziekenhuizen. Zij hebben immers een gerichtere focus op een beperkt aanbod van behandelingen waardoor de zorg efficiënter kan worden geleverd. Tevens hebben zij niet dezelfde 24-uur beschikbaarheidsfunctie van ziekenhuizen, waardoor er geen sprake is van een continue aanwezigheid van faciliteiten en personeel, met de hieraan verbonden kosten. De vergoeding aan verzoeker is qua hoogte vergelijkbaar met de tarieven die de zorgverzekeraar met gecontracteerde ZBC's afspreekt en daarom marktconform. Hierdoor is er dan ook geen sprake van een feitelijke hinderpaal om zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het verschil tussen de verleende vergoeding en het notabedrag komt niet doordat de vergoeding onredelijk laag is, maar doordat de kosten vrij hoog zijn. Het tarief dat de Duitse arts rekent, ligt ruim € 300,- hoger dan het gemiddeld met ziekenhuizen gecontracteerde tarief, zonder de korting. Het kan zijn dat verzekerden van andere verzekeraars een hogere vergoeding hebben ontvangen, maar hier staat doorgaans ook een hogere premie tegenover. In Nederland worden weliswaar ook operaties met behulp van de 'Shouldice-methode' uitgevoerd, maar dit is niet de norm in verband met een verhoogd risico op recidief zonder bewezen verminderd risico op (chronische) pijn.
- 5.4. In het nader commentaar van 15 februari 2024 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoeker voorafgaand aan de ingreep toestemming heeft gevraagd, welke hem ook is verleend. Hierbij is direct toegelicht wat de maximale vergoeding zou zijn. Deze is gebaseerd op een vergelijkbare vergoeding voor een soortgelijke operatie met een niet-gecontracteerde zorgaanbieder conform de voorwaarden van de zorgverzekering. De kern van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 is dat personen die woonachtig zijn binnen de EU vrijelijk in een andere lidstaat een voor hun gezondheidstoestand passende behandeling kunnen ondergaan, zodat er sprake is van een vrij verkeer van diensten. De zorgverzekeraar is van mening dat hieraan in het geval van verzoeker gevolg is gegeven en dat de vergoedingsregels door hem juist zijn toegepast. Verder is voor de toepassing van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van belang dat door verzoeker niet nader is geconcretiseerd wat de kosten zouden zijn die voor vergoeding in aanmerking zouden zijn gekomen, wanneer hij een Duits ingezetene zou zijn en hij een beroep zou hebben gedaan op de Duitse sociale ziektekostenverzekering. Ervan uitgaande dat een liesbreukoperatie ook in

Duitsland tot de basiszorg behoort, betekent dit dat een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zelf het tarief bepaalt en dat een Duitse patiënt ook minder vergoed krijgt dan de arts in rekening brengt. Dit maakt dat een verzekerde concreet zal moeten maken op welke vergoeding hij aanspraak zou maken volgens de Duitse regelgeving. In dit geval is dit niet door verzoeker inzichtelijk gemaakt. Uit in ieder geval één ander dossier dat door de commissie is behandeld, weet de zorgverzekeraar dat de vergoeding van een liesbreukoperatie in Duitsland lager ligt dan de vergoeding die aan verzoeker is verleend.

Uit de Richtlijn 'Liesbreuk bij volwassenen chirurgische behandeling' blijkt dat behandeling met een mat in plaats van weefselplastiek de gouden standaard is. De veronderstelling dat er geen liesbreukoperaties volgens de 'Shouldice-methode' in Nederland worden uitgevoerd is niet juist. Dergelijke operaties worden wel uitgevoerd, maar zijn niet de gouden standaard in verband met een verhoogd risico op recidief zonder bewezen verminderd risico op (chronische) pijn. De bewering dat er maar één specialist is in Nederland die een liesbreukoperatie uitvoert volgens de 'Shouldice- methode' is niet juist. Een korte zoektocht op het internet laat al meerdere specialisten, ziekenhuizen en centra zien die de 'Shouldice-methode' ook toepassen. De vraag in hoeverre de 'Shouldice- methode' niet tijdig in Nederland beschikbaar was ten tijde van het vragen van de toestemming is niet te achterhalen en is in zoverre achterhaald omdat er vrijwel direct toestemming is verleend om de operatie in het buitenland te laten verrichten.

## 6. Advies Zorginstituut

6.1. In het advies van 21 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **"Adviesbevoegdheid**

*De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich tot de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit geschil heeft hier geen betrekking op. Door de behandeling (deels) te vergoeden erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoeker redelijkerwijs aangewezen was op deze zorg. Het Zorginstituut heeft derhalve geen adviesbevoegdheid.*

### **Beoordeling**

*Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.*

*Het Zorginstituut heeft bepaald wat het meest passende DBC-zorgproduct is bij de behandeling van verzoeker. De gegevens zijn als volgt:*

- Geldigheidsperiode 2023
- Specialisme 0303 chirurgie (heelkunde)
- Diagnose 0303.121 Hernia femoralis/inguinalis
- Zorgtype 11 Reguliere zorg

*De verrichte zorgactiviteiten betreffen:*

- 190090 Dagverpleging
- 035700 Hernia inguinalis open procedure (tweemaal)

*Op basis van bovenstaande gegevens wordt DBC-zorgproductcode 110401023 gevonden met omschrijving Hernia femoralis/inguinalis | Oper open dubbelzijdig zwaar | Spijsvertering hernia en declaratiecode 15B429.*

### **Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat DBC-zorgproductcode 110401023 met declaratiecode 15B429 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Duitsland.*

### Het advies

*Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproductcode 110401023 met declaratiecode 15B429 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Duitsland."*

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, artikel 5 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit, en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 8.2. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).

In dit geval heeft verzoeker vooraf om toestemming gevraagd aan de zorgverzekeraar. De commissie begrijpt de stelling van de zorgverzekeraar aldus dat het zijns inziens aan verzoeker is aan te tonen dat op grond van de Duitse sociale ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan hem is verleend. Daarnaast lijkt de zorgverzekeraar - impliciet - het standpunt te hebben ingenomen dat toestemming op grond van de verordening mocht worden geweigerd omdat de ondergane behandeling niet de gouden standaard is, en deze ook in Nederland kon plaatsvinden. Waar het gaat om de rol van verzoeker in dezen, overweegt de commissie dat in artikel 20 van de verordening niet is opgenomen dat de verzekerde moet aantonen dat de vergoeding in de andere lidstaat hoger is. Integendeel, uit de zogenoemde Patiëntenrichtlijn valt op te maken dat indien de keuze bestaat tussen toepassing van de verordening en de richtlijn (in dit geval de voorwaarden van de zorgverzekering), voorrang moet worden gegeven aan de verordening, tenzij de verzekerde nadrukkelijk voor het alternatief kiest. Van dat laatste is in dit geval niet gebleken. Gelet op het voorgaande wordt deze stelling van de zorgverzekeraar gepasseerd. Het lag op de weg van de zorgverzekeraar het verzoek om toestemming te toetsen aan de verordening.

Ten aanzien van het in dat verband nadien gebezigde argument dat de behandeling waarbij een matje wordt aangebracht de gouden standaard is, overweegt de commissie dat de zorgverzekeraar zelf heeft verklaard dat de door verzoeker ondergane behandeling in Nederland wordt toegepast, en kennelijk ook wordt vergoed. De commissie concludeert dat de genoten zorg daarmee naar zijn aard onder de dekking van de zorgverzekering valt, zodat is voldaan aan voorwaarde (i).

Rest de vraag of de zorg - dat wil zeggen de behandeling volgens de 'Shouldice-methode' - tijdig bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland (of daarbuiten) beschikbaar was. Volgens verzoeker is er althans één arts in Nederland die de techniek ook toepast. De zorgverzekeraar noemt in dit verband meerdere specialisten, ziekenhuizen en centra. Dat verzoeker hier niet (tijdig) terecht kon is door hem gesteld noch anderszins gebleken. Op basis hiervan komt de commissie tot de conclusie dat de toestemming op grond van de verordening terecht werd geweigerd. Dit betekent dat de hoogte van de vergoeding moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. De commissie stelt vast dat het hier gaat om een combinatiepolis, feitelijk een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. Met betrekking tot dit type verzekering is in de toelichting bij artikel 5 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit opgenomen:

*"Polissen die een combinatie maken van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen worden aangeduid als 'combinatiepolis'. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding. Het type 'combinatiepolis' omvat ook polissen die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw maar waarbij, anders dan bij de restitutiepolissen, de vergoeding verdergaand wordt beperkt dan aangegeven in art. 2.2 van het Besluit zorgverzekering."*

- 8.4. De hiervoor bedoelde verdergaande beperking is gebaseerd op artikel 13, eerste lid, Zvw. Hierin is bepaald:

*"Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betrekt van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten."*

- 8.5. In de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw is vermeld dat een verzekeraar, op grond van het EU-recht, de vergoeding ook bij niet-noodgevallen niet zo mag vaststellen, dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het in het buitenland betrekken van zorg. Daarmee zouden immers buitenlandse zorgaanbieders ten opzichte van Nederlandse zorgaanbieders worden gediscrimineerd, met als gevolg een niet gerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer van diensten. Hierbij is verwezen naar het arrest Müller-Fauré/Van Riet van het Hof van Justitie; HvJ 13 mei 2003, C-385/99, r.o. 107.

- 8.6. De Hoge Raad heeft sindsdien geoordeeld dat dit zogenoemde hinderpaalcriterium is gebaseerd op een onjuiste interpretatie, door de wetgever, van genoemd arrest. Dit doet echter niet af aan de toepasselijkheid; het criterium is onderdeel van het Nederlandse rechtssysteem. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de door de zorgverzekeraar toegepaste korting een feitelijke hinderpaal oplevert. Uit de rechtspraak valt op te maken dat als basis voor het bepalen van de vergoeding het 'uitgangstarief' moet worden genomen. Hiervoor zijn diverse modaliteiten denkbaar. De verzekeraar kan bijvoorbeeld het - gewogen - gemiddeld gecontracteerde tarief als 'uitgangstarief' nemen, maar ook het hogere marktconforme tarief. In dit geval heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij als 'uitgangstarief' het op één na laagste daadwerkelijk bij hem door ZBC's gedeclareerde tarief neemt. Hierbij kijkt hij ook naar naastgelegen tarieven. Eventuele uitschieters naar beneden worden op die manier gecorrigeerd. Omdat er een uitschieter was naar beneden, is niet voor het laagste tarief gekozen. Op het gecorrigeerde tarief is vervolgens door de zorgverzekeraar een korting toegepast van 5%. De commissie oordeelt dat de toegepaste korting voor de modale zorggebruiker geen feitelijke hinderpaal vormt als bedoeld in de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw. De commissie tekent hierbij nog aan dat de zorgverzekeraar heeft gesteld dat zijn 'uitgangstarief' marktconform is. Die term wordt in dit verband echter ten

onrechte gehanteerd, zoals blijkt uit de onder 8.3. aangehaalde regelgeving. Het 'uitgangstarief' is in dit geval immers niet het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden (nog) passend is te achten, maar in beginsel het laagste tarief waarvoor de zorgverzekeraar met ZBC's contracteert.

- 8.7. Met betrekking tot de door verzoeker genoemde - hogere - passantentarieven geldt dat deze niet relevant zijn, aangezien het passantentarium in rekening wordt gebracht bij personen die geen zorgverzekering hebben afgesloten. Verzoeker behoort niet tot deze groep. Zoals hiervoor is toegelicht volgt uit artikel 13 Zvw dat de verzekeraar de vergoeding bepaalt, en hierbij is hij niet gebonden aan de passantentarieven of de vergoeding die door een andere verzekeraar voor de zorg is vastgesteld, zoals het - gewogen - gemiddeld gecontracteerde tarief of het marktconforme tarief. De hoogte van de vergoeding wordt bepaald door de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.
- 8.8. De commissie stelt vast dat verzoeker de juistheid van de gehanteerde DBC-zorgproductcode en declaratiecode als zodanig niet heeft bestreden. Uit de brief van het Zorginstituut valt op te maken dat DBC-zorgproductcode 110401023 met declaratiecode 15B429 het meest passend lijkt te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Duitsland. Hierbij hoort een lager tarief dan het bedrag dat aan verzoeker is vergoed.
- 8.9. Waar het de kenbaarheid van het te vergoeden tarief betreft, overweegt de commissie dat in artikel 15, derde lid, van de verzekeringsvoorwaarden duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Is sprake van die laatste categorie, en gaat het om zorg waarvoor een vrij tarief geldt, dan bestaat aanspraak op "(...) maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website." In artikel 18 (lid 2.3) inzake 'Medisch specialistische zorg' is een zelfde tekst opgenomen, waarin wordt terugverwezen naar artikel 15. Op de website van de zorgverzekeraar is de hoogte van de vergoeding te vinden door de declaratiecode in het zoekveld in te voeren. Een andere mogelijkheid is vanaf de homepage, via 'Vergoeding', 'Zorgverlener zonder contract', 'Vergoedingenoverzicht', 'Ziekenhuiszorg' en 'Zelfstandige behandelcentra'. Onder het kopje 'Basisverzekering' staat een pdf met 'Vrije tarieven'. Weliswaar is de vergoeding op de website niet gemakkelijk te vinden, maar deze is wel op de website vermeld. De commissie neemt hierbij in overweging dat ook aan de zijde van de zorgaanbieder een informatieplicht bestaat. Deze is vastgelegd in de Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018 van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 8.10. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de hoogte van het 'uitgangstarief' mocht bepalen, dat hij hierbij weliswaar is uitgegaan van een onjuiste DBC-zorgproductcode en declaratiecode, maar leidend tot een hogere vergoeding, en dat de hierop toegepaste korting niet zodanig is dat kan worden gesproken van een feitelijke hinderpaal om de zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De te ontvangen vergoeding was tevens via de polisvoorwaarden en de website van de zorgverzekeraar voor verzoeker kenbaar.

*Slotsom*

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 april 2024,

A.I.M. van Mierlo

**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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

---

# 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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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 gehemeltespelten, 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.

---

## 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.

## DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

### Artikel 15 Recht op zorg en vergoeding

#### LID 1 GECONTRACTEERDE ZORG EN NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg zoals wij in deze polisvoorwaarden hebben beschreven. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:

- a. zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder (gecontracteerde zorg) (zie lid 2 van dit artikel); of
- b. zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg) (zie lid 3 van dit artikel).

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling.

#### LID 2 VERGOEDING BIJ GECONTRACTEERDE ZORG

Wanneer u kiest voor een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, worden de kosten vergoed volgens de tarieven die wij met de desbetreffende zorgaanbieder hebben afgesproken. In dat geval betalen wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage wordt dan (vaak) door de zorgaanbieder bij u in rekening gebracht. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u in de [Zorgzoeker](#) op onze website.

#### LID 3 VERGOEDING BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Wanneer u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt u zelf de nota van de zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding van deze nota is afhankelijk van of er een wettelijk maximumtarief geldt.

##### *Wettelijk maximumtarief*

Als er een wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal het wettelijk maximumtarief, met uitzondering van: huisartsenzorg, geboortezorg, curatieve GGZ, mond-zorg, trombosedienst, voetzorg, medisch specialistische revalidatie, Verpleging en Verzorging, geriatrische revalidatiezorg, zintuiglijke gehandicaptenzorg, eerstelijnsverblijf, en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen. Hiervoor geldt dat wij de zorg vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

##### *Vrije tarieven*

Als er geen wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

##### *Zorgverleners uitgesloten van vergoeding*

Het kan voorkomen dat wij constateren dat er fraude is gepleegd door een zorgaanbieder. In dergelijke gevallen kunnen wij deze zorgaanbieder opnemen in ons interne frauderegister. Zorg verleend door zorgverleners die in dit register staan opgenomen, komt niet voor vergoeding in aanmerking. Wij informeren de desbetreffende zorgaanbieders hierover, zij zijn er verantwoordelijk voor om u hier voorafgaand aan de zorgverlening over te informeren.

#### LID 4 DECLAREREN VAN DOOR U GEMAAKTE KOSTEN

De kosten van zorg kunnen rechtstreeks door de zorgaanbieder bij ons worden gedeclareerd of door u bij ons worden gedeclareerd.

##### *De zorgaanbieder declareert de nota rechtstreeks bij ons*

Wij hebben met veel zorgaanbieders en leveranciers afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij ons kunnen declareren. Wij vergoeden de nota dan aan hen volgens het geldende tarief. Soms is daarop een eigen bijdrage of eigen risico van toepassing.

U ontvangt in dat geval van ons een bericht met het verzoek om het bedrag van het eigen risico of eigen bijdrage aan ons over te maken. Deze bedragen kunt u aan ons overmaken via een automatische incasso, overboeking via uw bank of door middel van een betaalverzoek dat u van ons per e-mail ontvangt.

##### *De zorgaanbieder stuurt de nota naar u en u declareert de nota bij ons*

Soms stuurt de zorgaanbieder de nota direct naar u. In dat geval bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder. U kunt uw nota vervolgens op drie manieren bij ons declareren. Declareren kan gemakkelijk via de MijnDSW app, via de MijnDSW omgeving op onze website en per post.

##### *MijnDSW app*

Met de MijnDSW app kunt u snel en makkelijk een nota declareren. Daarnaast geeft het declaratieoverzicht u een overzichtelijk beeld van uw declaraties. U kunt de MijnDSW app downloaden in de App Store en via Google Play.

##### *MijnDSW omgeving op de website*

MijnDSW, uw persoonlijke omgeving op onze website, biedt ook de mogelijkheid om een declaratie online in te dienen.

##### *Per post*

Een declaratie kan ook per post ingediend worden. Stuurt u ons in dat geval de originele nota (geen kopie, herinnering of aanmaning) en een volledig ingevuld en door u ondertekend declaratieformulier. Het declaratieformulier is verkrijgbaar via onze website en de MijnDSW omgeving. U kunt het formulier ook ophalen bij een loket of aanvragen bij de klantenservice. De klantenservice is telefonisch bereikbaar op 010 - 2 466 466.

Wij behouden ons hierbij het recht voor originele nota's op te vragen. U dient originele nota's daarom voor een termijn van 24 maanden te bewaren.



**LID 5 EXTRA VOORWAARDEN BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG***Gegevens op de nota*

Wij nemen uitsluitend originele nota's in behandeling die tevens voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. Wij verstrekken geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen. Daarnaast dient de nota voorzien te zijn van de prestatiecode(s) die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld. De nota moet zodanig duidelijk en gespecificeerd zijn dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

*Vertaling nota's*

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota voor zorg die is geleverd in het buitenland te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

*Akte van cessie en verrekening*

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg. De aanspraak op vergoeding van deze kosten is in beginsel persoonlijk, zie ook lid 3 van dit artikel.

U kunt de aanspraak op vergoeding van deze kosten, met inbegrip van alle voor u geldende polisvoorwaarden, overdragen op de desbetreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder door middel van een akte van cessie. De bij ons ingediende nota vergoeden wij vervolgens rechtstreeks aan de zorgaanbieder met inachtneming van artikel 15, lid 3 van deze polisvoorwaarden. Dit kan betekenen dat een deel van de nota niet door ons wordt vergoed en dat u het verschil tussen het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag en het bedrag dat DSW aan de zorgaanbieder heeft uitbetaald, zelf aan de zorgaanbieder moet betalen.

Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of u heeft recht op een lagere vergoeding dan het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag dan komt het aldus ontstane verschil voor uw rekening.

Als wij een nota rechtstreeks aan u betalen mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie of openstaande terug te vorderen bedragen zoals bedoeld in artikel 12 lid 4 en artikel 12 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

**LID 6 WACHTLIJSTADVIES**

U heeft desgevraagd recht op wachtlijstadvies door DSW Zorgverzekeraar. U kunt daartoe contact opnemen via [wachtlijstadvies@dsw.nl](mailto:wachtlijstadvies@dsw.nl) of via MijnDSW. U kunt ons ook bellen op 010 - 2 466 466.

**LID 7 TOESTEMMINGSVEREISTE (AANVRAAG EN MACTHIGING)**

Sommige zorg wordt uitsluitend vergoed als u daar vooraf van ons toestemming voor heeft gekregen (een machtiging). Als er een toestemmingsvereiste geldt, dan staat dat bij de desbetreffende zorgaanpraak (artikel 16 tot en met artikel 43) vermeld. Daarbij staat ook welke voorwaarden daarbij van toepassing zijn. Bij het aanvragen van een machtiging stuurt u ons:

- a. een verwijzing of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts; en
- b. het behandelplan waarin de aangevraagde behandeling wordt omschreven en gemotiveerd; en
- c. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een door een buitenlandse zorgaanbieder opgestelde aanvraag en eventueel bijbehorende informatie te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

Alleen nadat u van ons een schriftelijke machtiging heeft gekregen, komt de zorg voor rekening van uw zorgverzekering voor de duur en voor maximaal het bedrag dat op de machtiging staat vermeld. Een door DSW afgegeven machtiging heeft een geldigheidsduur van 365 dagen (zie lid 13 van dit artikel), en wordt afgegeven op basis van de op het moment van afgifte geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

**LID 8 SPOEDEISENDE ZORG - GEEN MACTHIGINGSVEREISTE**

In het geval van spoedeisende zorg handelen wij alsof u een machtiging heeft gekregen voor de zorg, ook al heeft u deze niet vooraf bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

**LID 9 EXTRA VOORWAARDEN BIJ ZORGVERLENING DOOR FAMILIE**

Zorg die u aan uzelf heeft verleend komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zorg verleend door uw partner of familielid in de eerste of tweede graad wordt ook niet vergoed. Hiervan is uitgezonderd zorgverlening op grond van een persoonsgebonden budget bij persoonlijke verzorging en verpleging (zie daarover het Reglement Persoonsgebonden Budget VV). U kunt aan ons toestemming vragen voor zorgverlening door een familielid indien de zorg niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Wij kunnen bij uitzondering, afhankelijk van de specifieke omstandigheden, dan toestemming verlenen.

**LID 10 OMZETPLAFOND**

In de overeenkomst die wij met zorgaanbieders hebben gesloten hebben wij afspraken gemaakt over onder andere de kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarbij maken wij soms ook afspraken over maximale vergoedingen aan de zorgaanbieder (het zogenoemde "omzetplafond"). Met de zorgaanbieder spreken wij af hoe moet worden gehandeld bij het bereiken van het omzetplafond zodat u de zorg kunt blijven ontvangen die u nodig hebt. Indien een zorgaanbieder u desondanks meldt dat er geen (financiële) ruimte meer is om zorg aan u verlenen, verzoeken wij u dit zo spoedig mogelijk bij ons te melden. DSW gaat dan met u en/of de zorgaanbieder in overleg om tot de beste oplossing te komen.

In de volgende gevallen kunt u altijd terecht bij een zorgaanbieder, ook als het omzetplafond is overschreden:

- a. bij spoedeisende hulp;
- b. in het geval van crisiszorg van de regionale crisisdienst;
- c. indien u al in behandeling bent bij de betreffende zorgaanbieder.

**LID 11 DOORLOPENDE ZAKEN BIJ VERANDERING ZORGVERZEKERAAR**

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft beëindigd en u kreeg tijdens de looptijd van de vorige zorgverzekering voor zorg die onder de basisverzekering valt een machtiging, een verwijzing en/of een recept, dan blijven die geldig als u naar ons overstapt tot de einddatum die de andere zorgverzekeraar heeft aangegeven. Betreft het een machtiging voor langer dan één jaar of voor onbepaalde tijd dan hanteren wij een geldigheidsduur van één jaar na datum van afgifte. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.

**LID 12 MEDEDELINGEN EN TOEZEGGINGEN**

Uitsluitend door ons aan u gedane schriftelijke mededelingen zijn geldig. U kunt geen rechten ontlenen aan door onze medewerkers aan u gegeven mondelinge uitleg. Ook kunt u geen rechten ontlenen aan toelichtingen of uitleg van algemene aard.

**LID 13 GELDIGHEIDSDUUR**

Als in de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat vooraf een machtiging verplicht is geldt dat de machtiging niet ouder mag zijn dan 365 dagen tenzij wij uitdrukkelijk anders hebben vermeld.

**LID 14 BETALINGEN VAN VERGOEDINGEN**

Alle betalingen worden door ons gedaan op het bij ons bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.

**LID 15 VERGOEDING VAN EEN BEHANDELING DIE IN TWEE KALENDERJAREN PLAATSVINDT**

Als uw behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en uw zorgaanbieder de kosten van deze behandeling in één bedrag in rekening brengt (bijvoorbeeld door middel van een DBC), dan worden de kosten van de behandeling toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart. Dit betekent ook dat de kosten meetellen voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC of het zorgproduct is gestart (openingsdatum), zie ook artikel 9 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

**LID 16 TERUGGAVE VAN ORIGINELE NOTA'S**

Wij geven door u ingestuurde nota's, bijlagen en stukken niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed heeft gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of als u niets vergoed heeft gekregen. Het is daarom verstandig als u vooraf een kopie maakt van de nota voor uw eigen administratie. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen. Dit is een afdruk van uw gescande nota met een stempel waaruit blijkt dat deze afdruk identiek is aan de originele nota.

## Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

### LID 1 ALGEMEEN

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- a. medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikel 37 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 41 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

### LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

#### LID 2.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

##### LID 2.1.1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG MET OPNAME (KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis of ZBC (instellingen voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

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

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

##### LID 2.1.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ZONDER OPNAME (NIET-KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

#### LID 2.2 VOORWAARDEN

*Algemeen*

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

### *Machtiging*

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

### *Verwijzing*

- a. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG, GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts), optometrist of orthoptist. In het geval van spoedeisende hulp is geen verwijzing noodzakelijk.
- b. Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- c. Voor een kaakchirurgische behandeling mag u ook een verwijzing van een tandarts of orthodontist hebben.
- d. Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van de behandelend huisarts of de behandelend medisch specialist met betrekking tot de medische behandeling.

### *Zorgaanbieder*

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

## **LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

### *Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij maximaal de door ons vastgestelde vergoeding.

### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

## **LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD**

### **LID 3.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN**

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
  1. lip-, kaak- of gehemeltespelen;
  2. misvorming van het benig aangezicht;
  3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
  4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
  5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

### **LID 3.2 VOORWAARDEN**

#### *Algemeen*

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die pl egen te bieden.

#### *Machtiging*

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

#### *Verwijzing*

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

#### *Zorgaanbieder*

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

### **LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

#### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

## LID 4 TRANSGENDERZORG

### LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- a. inwendige geslachtsveranderende operaties bij vastgestelde transseksualiteit;
- b. plastisch-chirurgische correctie van primaire uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit;
- c. plastisch-chirurgische correctie van secundaire uiterlijke geslachtskenmerken indien die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken of indien er sprake is van een verminking;
- d. psychische ondersteuning bij genderidentiteitsproblematiek als onderdeel van het multidisciplinaire behandelingstraject;
- e. epilatie (ontharing) die door huidtherapeuten wordt verricht indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- f. aangezichtschirurgie, adamsappelreductie en stemverhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- g. uitwendige penisprothese tijdens de real-life-experience;
- h. foniatrie en logopedie;
- i. borstprothesen bij volledige afwezigheid van borstweefsel.

#### *Passabiliteitsprobleem*

Er is sprake van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Duidelijk moet zijn welke onderdelen in het uiterlijk het passabiliteitsprobleem veroorzaken en hoe chirurgische correctie hiervan het passabiliteitsprobleem opheft.

Voor ontharing van het gelaat geldt dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem indien er ondanks scheren binnen 24 uur en camouflagemiddelen een nog altijd aanwezig mannelijk gelaat is door de baardtekening.

#### *Uitsluitingen*

De volgende transgenderzorg wordt niet vergoed:

- a. Epilatie van borst en ledematen;
- b. Contourcorrectie van borstkast en heupen;
- c. Uitwendige penisprothese na de real-life-experience;
- d. Psychosociale hulp die niet voldoet aan de psychische ondersteuning zoals genoemd in lid 4.1 onder d van dit artikel.

### LID 4.2 VOORWAARDEN

#### *Algemeen*

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Diagnostiek, begeleiding en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de Standard of Care (SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH, voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde transgenderzorg. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

### *Machtiging*

U moet voor de plastisch-chirurgische uiterlijke correcties, de epilatie, de aangezichtschirurgie, de adams-appelreductie, stemverhogende operatie en plaatsen borstprothesen van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist of huidtherapeut de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

### *Verwijzing*

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

### *Zorgaanbieder*

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of gecertificeerd huidtherapeut.

## **LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST**

### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

## **LID 5 BEPERKINGEN EN UITSLUITINGEN ROND VRUCHTBAARHEIDSGERELATEERDE ZORG**

### *Beperkingen*

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

- a. de zorg wordt niet vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging (IVF-poging) betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- b. IVF bij vrouwen jonger dan 38 jaar wordt slechts vergoed als er bij de eerste twee IVF-pogingen slechts één embryo wordt teruggeplaatst per poging (bij de derde poging mogen er wel twee embryo's worden teruggeplaatst);
- c. bij vrouwen van 38 jaar of ouder mogen er bij alle drie de pogingen één of twee embryo's worden teruggeplaatst per poging.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevorderen;
2. de follikelpunctie;
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
4. Het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's ('verse' embryo's of 'cryo' (ingevroren) embryo's) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Niet vergoed wordt de vierde of volgende IVF-poging 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.



De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste twaalf weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Het terugplaatsen van tijdens een IVF-behandeling verkregen cryo embryo's valt onder de aanspraak IVF als de terugplaatsing een onderdeel is van een IVF-poging. Als het gaat om terugplaatsing na een doorgaande zwangerschap, valt deze onder de aanspraak 'vruchtbaarheidsgerelateerde zorg'. Deze terugplaatsing is dan geen onderdeel van een IVF-poging.

#### *Uitsluitingen*

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

- a. de vierde of volgende IVF-poging per doorgaande zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd. Na de derde poging worden ook de daarbij behorende geneesmiddelen niet vergoed;
- b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel;
- c. sterilisatiebehandelingen;
- d. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.
- e. Kunstmatige inseminatie met donorzaad bij een niet-medische indicatie. U kunt mogelijk wel in aanmerking komen voor financiering vanuit de subsidieregeling Kunstmatige Inseminatie met Donorsemen, die door de minister voor Medische Zorg en Sport is opgesteld. Deze subsidieregeling maakt geen deel uit van uw zorgverzekering, maar wordt uitgevoerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

#### **LID 6 UITSLUITINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG**

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

- a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:
  - i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
  - ii. bij u geen agenesie of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transseksualiteit.
- d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in de bijlage 0 van de Regeling zorgverzekering genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen (hiervoor kan wel een vergoeding mogelijk zijn via de aanspraak op hulpmiddelen, zie daarvoor artikel 35 van deze polisvoorwaarden of het Reglement Hulpmiddelen).