



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak	: Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, combinatiepolis, terugvordering dubbele nota
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 6:203 BW
Zaaknummer	: 202100023
Zittingsdatum	: 9 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 5 april 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 7 mei 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 20 mei 2021 respectievelijk 25 mei 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 november 2020 van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder een tweetal declaraties ontvangen. De desbetreffende declaraties hebben betrekking op twee bij verzoeker uitgevoerde ingrepen en zijn gespecificeerd met de DOT-codes 15C273 en 15C265. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze nota's bedragen van respectievelijk € 375,00 en € 350,00 vergoed.
- 3.3. Op 22 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor de declaratie met DOT-code 15C265 een creditnota ontvangen. Omdat nadien geen debetnota werd ontvangen, heeft de ziektekostenverzekeraar de eerder aan verzoeker verleende vergoeding van € 350,-- teruggevorderd.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om enerzijds ter zake van de declaratie met code 15C273 een hogere vergoeding dan € 375,- toe te kennen en om anderzijds af te zien van de terugvordering van € 350,--. Op verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voornoemde beslissing gevraagd. Op 11 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.



4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

(i) is gehouden ter zake van de declaratie met DOT-code 15C273 een hogere vergoeding toe te kennen dan € 375,--, en

(ii) is gehouden af te zien van de terugvordering van € 350,--.



4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.



5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. 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.



6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Ook is de bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over onverschuldigde betaling hierin opgenomen. Daarnaast zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.



Declaratie met DOT-code 15C273 (€ 896,93)

6.2. De behandeling die verzoeker eind 2020 heeft ondergaan is door de desbetreffende zorgaanbieder gedeclareerd met DOT-code 15C273. Deze DOT-code heeft als bijbehorende omschrijving *'Onderzoek(en) en/of behandeling(en) bij een ziekte van de schildklier'* en valt onder medisch specialistische zorg. Op grond van artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op medisch specialistische zorg en kan hij zich hiervoor wenden tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Als verzoeker zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt, en er geldt geen wettelijk tarief, dan heeft hij recht op een vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar is vastgesteld, en die is terug te vinden op zijn website. Dit volgt uit de artikelen 15 en 18, lid 2.3, van de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding voor de gedeclareerde DOT-code voor 2020 vastgesteld op € 375,--. Dit bedrag is aan verzoeker uitgekeerd.



6.3. Verzoeker voert aan dat de aan hem uitgekeerde vergoeding veel te laag is. Het verschil tussen het gedeclareerde bedrag en de uitgekeerde vergoeding bedraagt € 521,93. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar nog geen 40% van de kosten vergoedt. Ondanks het feit dat het toegekende tarief staat genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, staat zowel op de website als in de verzekeringsvoorwaarden vermeld dat "een redelijk tarief" wordt vergoed. Daarnaast wordt vermeld dat het tarief "net iets lager is dan dat wij met andere zorgverleners hebben afgesproken". Op deze informatie is verzoeker afgegaan en heeft hij besloten zich door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder te laten behandelen. Achteraf blijkt dat de vergoeding veel lager is en ook niet overeenkomt met de vergoedingen die andere zorgverzekeraars betalen. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) noemt op zijn website van OpenDis data een veel hoger tarief. Door het Haga Ziekenhuis wordt voor de zorg een hoger (passanten)tarief gerekend. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat hij voorafgaand aan de behandeling niet op de hoogte was dat het verschil zo groot zou zijn. Hij voelt zich door de tekst op de website misleid.



6.4. De ziektekostenverzekeraar betwist hetgeen verzoeker stelt en voert aan dat hij, als er geen wettelijk maximumtarief geldt, de desbetreffende zorg vergoedt tot maximaal het door hem vastgestelde tarief. Een lijst van deze zogenoemde 'vrije tarieven' is terug te vinden op de

website van de ziektekostenverzekeraar onder het kopje 'Zelfstandige behandelcentra'. Het tarief dat aan verzoeker is vergoed (€ 375,--) is tot stand gekomen aan de hand van tarieven die de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Deze methodiek is in overeenstemming met hetgeen de wetgever heeft bepaald en is recent nog aangehaald in de uitspraak van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 6 oktober 2020.

Voor zover verzoeker verwijst naar de gegevens van OpenDis data van de NZa geldt dat deze vergelijking niet opgaat. Volgens de NZa worden de gemiddelde tarieven die worden vermeld in OpenDis data berekend op basis van alle gedeclareerde vergoedingen. Hieronder valt zowel de gecontracteerde als de niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast bevatten de vergoedingen ziekenhuiskosten én honoraria van medisch specialisten. De in OpenDis data genoemde gemiddelde prijzen van ziekenhuizen kunnen volgens de ziektekostenverzekeraar dan ook niet rechtstreeks worden vergeleken met de vergoedingen die de ziektekostenverzekeraar uitkeert voor niet-gecontracteerde zorg in zelfstandige behandelcentra. Verzoeker heeft zich namelijk laten behandelen in een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum, en niet in een ziekenhuis. Ook de verwijzing van verzoeker naar het passantentarief van het Haga Ziekenhuis gaat niet op. Deze tarieven worden onder andere in rekening gebracht bij verzekerden die niet zijn verzekerd tegen ziektekosten en zijn hoger dan de gecontracteerde tarieven.

6.5. De commissie overweegt het volgende.

Voordat wordt beoordeeld of verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan het door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde bedrag, is van belang een toelichting te geven op de in Nederland aangeboden typen polissen.

Zorgverzekeraars hebben op grond van artikel 11 Zvw een zorgplicht richting hun verzekerden. De invulling van deze zorgplicht is afhankelijk van de gekozen verzekeringsvorm. De naturapolis geeft recht op de zorg en overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft (artikel 11, eerste lid, sub a, Zvw) en de restitutiepolis geeft recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten en desgevraagd activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of overige diensten (artikel 11, eerste lid, sub b, Zvw). Een combinatie van beide verzekeringsvormen in één polis is ook mogelijk. Dit wordt een combinatiepolis genoemd.

Binnen deze combinatiepolissen zijn twee varianten te onderscheiden, zoals blijkt uit de toelichting op de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de NZa. De eerste variant is die waarbij voor sommige aanspraken wordt uitgegaan van een recht op zorg (natura) en voor andere van een recht op vergoeding (restitutie). De tweede variant geeft recht op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw, maar hierbij wordt ervan uitgegaan dat gebruik wordt gemaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder. Anders dan bij een 'zuivere' restitutiepolis wordt het recht op vergoeding bij deze combinatiepolissen niet bepaald door artikel 2.2 Bzv, maar door artikel 13 Zvw.

6.6. De door verzoeker afgesloten zorgverzekering valt onder de tweede variant van de combinatiepolissen. Voor deze variant geldt dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding mag vaststellen indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Uit een uitspraak van de Rechtbank Gelderland van 1 februari 2019 (ECLI:NL:RBGEL:2019:380) volgt dat een zorgverzekeraar bij het berekenen van de vergoeding als 'uitgangstarief' het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief mag nemen, voor zover dit het gewogen gemiddelde is van het daadwerkelijk gedeclareerde tarief voor een bepaalde zorgvorm. De commissie onderschrijft dit oordeel. Dit betekent dat - anders dan verzoeker aanvoert - voor het bepalen van de vergoeding niet het tarief dat door de zorgaanbieder bij hem in rekening is gebracht of het marktconforme tarief (tarief uit OpenDis data) dan wel het passantentarief van een ziekenhuis als maatstaf heeft te gelden, maar het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief, indien dit is overeengekomen. Op dit tarief mag eventueel ook nog een korting worden toegepast, mits dit laatste geen feitelijke hinderpaal als bedoeld in de Memorie van toelichting bij artikel 13 Zvw oplevert.

6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief voor de zorg die door de zorgaanbieder is gedeclareerd € 375,-- (tarief 2020) bedraagt. Op dit tarief is door de ziektekostenverzekeraar geen korting toegepast. Dit betekent dat verzoeker de vergoeding heeft gekregen waarop hij op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak had.

Verzoeker stelt dat het voor hem vooraf niet kenbaar was op welke vergoeding hij recht had. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Onder andere in artikel 2, vierde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld dat als een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de ziektekostenverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepaalt. Voor een overzicht van alle vergoedingen wordt verwezen naar een speciaal gedeelte op de website van de ziektekostenverzekeraar. Op dit gedeelte van de website viel in 2020 te lezen dat bij DBC-code 15C273 de maximale vergoeding € 375,-- bedraagt. Verzoeker heeft verklaard dit gedeelte van de website te hebben gelezen, maar hij is er op basis van een andere tekst op de website van uitgegaan dat een hogere vergoeding zou volgen. Dit argument kan echter niet overtuigen, aangezien een - subjectieve - interpretatie van een tekst niet kan gaan boven een objectief vast te stellen vermelding op de website van de vergoeding in de gegeven omstandigheden.

Terugvordering € 350,--

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij op 18 november 2020, naast de declaratie met DOT-code 15C273, een declaratie met DOT-code 15C265 heeft ontvangen. Ter zake van deze ingediende declaratie is aan verzoeker een bedrag van € 350,-- betaald. Dit bedrag is omstreeks 19 november 2020 overgemaakt op het rekeningnummer van verzoeker. Op 22 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar van de zorgaanbieder een creditnota ontvangen. Omdat er vervolgens geen nieuwe (debet)nota werd verzonden, heeft de ziektekostenverzekeraar de eerder uitgekeerde vergoeding van € 350,-- bij verzoeker teruggevorderd. Verzoeker is het niet eens met deze terugvordering.

De commissie overweegt dat door verzoeker niet is bestreden dat hij het uitgekeerde bedrag van € 350,-- heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft aldus het bedrag van € 350,-- zonder rechtsgrond betaald. Dit omdat de verplichting tot vergoeding ten laste van de verzekering uitsluitend bestaat indien door de verzekerde kosten van onder de dekking vallende zorg aan de zorgaanbieder moeten worden voldaan. Die verplichting is vervallen met de ontvangst van de creditnota. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar genoemd bedrag uit hoofde van de zorgverzekering onverschuldigd betaald en staat het hem vrij dit van verzoeker terug te vorderen. Een en ander volgt uit artikel 6:203, eerste lid, BW.

Verzoeker heeft aannemelijk gemaakt dat, in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, de zorgaanbieder hem inmiddels wél een nieuwe nota heeft verstuurd voor de bij hem uitgevoerde behandeling. Deze nota van de zorgaanbieder werd nog niet ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en kan om die reden geen onderwerp vormen van de onderhavige procedure. Verzoeker kan de nota ter declaratie indienen, waarna hierop door de ziektekostenverzekeraar zal worden beslist.

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juni 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

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, 2.8 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 zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig

- jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- 5°. 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;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. 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 betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

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.

DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

ARTIKEL 15 - RECHT OP ZORG EN VERGOEDING

LID 1 ALGEMEEN

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 op www.dsw.nl onder 'Vind uw zorgverlener'.

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 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, zorg verleend door zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, logopedie, medisch specialistische revalidatie, trombosedienst, Verpleging en Verzorging, geriatrische revalidatiezorg, zintuiglijke gehandicaptenzorg, eerstelijnsverblijf, Gecombineerde Leefstijlinterventie 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. Voor al onze vergoedingen zie www.dsw.nl.

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. Voor al onze vergoedingen zie www.dsw.nl.

LID 4 DECLAREREN VAN DOOR U GEMAAKTE KOSTEN

De zorgaanbieder kan de nota naar ons sturen of naar u.

a. De zorgaanbieder stuurt de nota naar ons

Wij hebben met veel zorgaanbieders en leveranciers afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de nota 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.

b. De zorgaanbieder stuurt de nota naar u

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 op drie manieren bij DSW declareren. Declareren kan gemakkelijk via de MijnDSW app, via de MijnDSW omgeving op www.dsw.nl 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 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 www.dsw.nl 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.

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.

LID 5 EXTRA VOORWAARDEN TEN AANZIEN VAN DE BETALING VAN REKENINGEN

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 moet u het aldus ontstane verschil zelf betalen aan de zorgaanbieder. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer u een eigen bijdrage of eigen risico heeft of wanneer er een maximumvergoeding geldt.

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 ZORGBEMIDDELING

De verzekerde heeft desgevraagd recht op zorgbemiddeling door DSW Zorgverzekeraar.

LID 7 AANVRAAG EN MACHTIGING

Sommige behandelingen worden alleen vergoed als u vooraf een machtiging van ons heeft gekregen. In onze polisvoorwaarden en/of reglementen staat vermeld wanneer er een machtiging vereist is en welke voorwaarden van toepassing zijn. Om deze machtiging aan te vragen, 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.

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 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 9 SPOEDEISENDE ZORG - GEEN MACHTIGINGSVEREISTE

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 10 OMZETPLAFOND

In het contract van DSW met een zorgaanbieder staan afspraken over onder andere kwaliteit en veiligheid maar in een aantal gevallen ook 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 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:

- spoedeisende hulp;
- crisiszorg van de regionale crisisdienst;
- 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 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

Alleen schriftelijke mededelingen en toezeggingen aan u zijn geldig.

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 handig 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 16 - HUISARTSENZORG**LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden in het kader van ketenzorg verwijzen wij u naar artikel 22 van deze polisvoorwaarden.

LID 2 VOORWAARDEN

De zorg wordt verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is zolang wordt voldaan aan artikel 38 van de Wet BIG.

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat 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.

ARTIKEL 18 - MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1 ALGEMEEN

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

- medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2 van dit artikel);
- behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3 van dit artikel).

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 (artikelen 37 en 38 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 42 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 ZORGKOSTEN

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

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling 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). Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

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 of medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts). 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 een huisarts of een medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijk 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 de zorg tot maximaal 75% van het wettelijk maximumtarief.

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 ZORGKOSTEN

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 gehemelte-spleten;
 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 plegen 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**BEPERKINGEN EN UITSLUITINGEN ROND VRUCHTBAARHEIDSGERELATEERDE ZORG***Beperkingen*

Voor vruchtbaarheidsgelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

1. 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;
2. 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);
3. 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 'vruchtbaarheidsgelateerde zorg'. Deze terugplaatsing is dan geen onderdeel van een IVF-poging.

Uitsluitingen

De volgende vruchtbaarheidsgelateerde 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 Donor semen, 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 5 UITSLUITINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

- a. behandeling van verlamde of verslapte 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 borst amputatie 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 transsexualiteit.
- d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
- g. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose.