

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam en DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam

Zaak : Geneeskundige zorg, IVF, leeftijdsgrens

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021 en 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021 en 2022, art. 3:35 BW, artt. 38 en 39 Wmg, art. 4 Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018)

Zaaknummer : 202200773

Zittingsdatum : 12 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam,
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 12 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 juli 2022 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. Op 9 augustus 2022 heeft verzoekster per e-mail aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 10 augustus 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie laten weten bij zijn standpunt te blijven. Een kopie van deze brief is op 12 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 8 september 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022032391) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 september 2022 aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft op 15 september 2022 per e-mailbericht op het voorlopig advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 19 september 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 24 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 8 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 26 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 2.7. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar een brief stuurt naar het Maasstad ziekenhuis om nogmaals te wijzen op het feit dat de informatie op de website tot problemen kan leiden. Dit heeft hij gedaan op 20 oktober 2022. Bij e-mail van 24 november 2022 heeft verzoekster aan de commissie laten weten dat dit niet heeft geleid tot een oplossing van het geschil.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden 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 daarom in het vervolg onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 12 oktober 2021 een gesprek gehad met een medisch specialist van het Maasstad Ziekenhuis. Zij was toen 42 jaar oud. Op 4 april 2022 zond dit ziekenhuis een eerste factuur voor een IVF-behandeling met startdatum 31 januari 2022. Onder vermelding van prestatiecode 041-16B183 en zorgproductcode 972804022 werd een bedrag van € 1.590,36 bij verzoekster in rekening gebracht. Vergoeding van genoemd bedrag werd door de ziektekostenverzekeraar geweigerd omdat verzoekster op de startdatum 43 jaar oud was.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Op 15 juni 2022 en 9 augustus 2022 heeft verzoekster twee extra nota's aan het dossier toegevoegd. De nota van 30 mei 2022 ziet op een bedrag van € 348,80 en de nota van 8 juli 2022 op een bedrag van € 700,38.
- 3.5. Bij brief van 8 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft, na wijziging van haar verzoek, aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de nota's van 4 april 2022, 30 mei 2022 en 8 juli 2022 te vergoeden.
- 4.2. In dat verband heeft zij aangevoerd dat het eerste gesprek met de behandelend medisch specialist werd gevoerd op 12 oktober 2021 en dat de IVF-behandeling eindigde op 5 mei 2022. Om voor haar onbegrijpelijke redenen is in de factuur als startdatum van de IVF-behandeling 31 januari 2022 genoemd, waardoor het probleem rond de vergoeding is ontstaan. Toen het dossier door de behandelend medisch specialist werd geopend op 12 oktober 2021 was verzoekster 42 jaar oud. Er is destijds niet over gesproken dat een IVF-behandeling bestaat uit verschillende fases. In dat verband bevreemdt het verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar uitgaat van vier fases, terwijl het ziekenhuis er zes noemt, inclusief het oriënterend vooronderzoek. De verwarring hierover had kunnen worden voorkomen als ziektekostenverzekeraar én ziekenhuis een zelfde aantal zouden hanteren. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar haar nooit gewezen op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Omdat de ziektekostenverzekeraar dit adviseert, heeft zij bij het ziekenhuis destijds geïnformeerd naar de vergoeding. Haar werd verteld dat een IVF-behandeling wordt vergoed als deze wordt gestart vóór het bereiken van de leeftijd van 43 jaar. Verzoekster heeft ook gekeken op de site van het ziekenhuis, en hier was te lezen dat een IVF-behandeling bestaat uit zes fases. Zij heeft al deze fases doorlopen. Zoals blijkt uit de factuur betreft het één traject, met één terugplaatsing.
- 4.3. Verder verwijst verzoekster naar de communicatie per app met de ziektekostenverzekeraar. Hierin staat dat, indien de medisch specialist een aanvraag indient, zij bericht krijgt over de vergoeding zodra de aanvraag is verwerkt. Een dergelijk bericht heeft verzoekster niet ontvangen. Wel bereikte haar de mededeling dat het ziekenhuis een declaratie had ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Dit klopt met de mededeling in de app dat een gecontracteerde

zorgaanbieder rechtstreeks kan declareren bij de ziektekostenverzekeraar als aan alle voorwaarden is voldaan.

Verzoekster verklaart dat ook de behandelend medisch specialist verbaasd was over het feit dat de IVF-behandeling in haar geval niet wordt vergoed. Naar mededeling van deze arts heeft het systeem het dossier automatisch gesloten, waarna op de factuur een nieuwe startdatum is vermeld. Dit kan volgens verzoekster toch niet de bedoeling zijn.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in het geding zijnde nota's. In dat verband heeft hij verwezen naar artikel 2.4, eerste lid, jo. eerste lid, sub a, onder 5, Bzv en artikel 18, vijfde lid, van de verzekeringsvoorwaarden. Hierin is over vruchtbaarheidsgerelateerde zorg opgenomen: "de zorg wordt niet vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging (hierna: IVF-poging) betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt". Daarnaast is in artikel 1, onderdeel e, sub 3, Bzv en de verzekeringsvoorwaarden opgenomen dat een IVF-poging uit vier fasen bestaat, te weten:

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

Verzoekster is op 12 oktober 2021, toen zij 42 jaar was, gestart met een oriënterend fertiliteitsonderzoek in het ziekenhuis. Dit onderzoek, met diagnosecode F11, is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Nadat zij de leeftijd van 43 jaar had bereikt, is zij op 31 januari 2022 op een polikliniekbezoek voor een IVF-behandeling bij het ziekenhuis geweest. Daarna is zij gestart met een hormonale behandeling. Dit betekent dat de IVF-poging niet was aangevangen voordat verzoekster de leeftijd van 43 jaar had bereikt. Het oriënterend fertiliteitsonderzoek, dat vooraf gaat aan een vruchtbaarheidsbehandeling, vormt hiervan geen onderdeel, aangezien uit dit onderzoek ook had kunnen komen dat verzoekster geen IVF-behandeling kon ondergaan maar dat een andere vruchtbaarheidsbehandeling, zoals intra-uteriene inseminatie (IUI) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) was aangewezen.

- 5.2. Met betrekking tot de communicatie per app verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij de conversatie heeft nagelezen. In de berichten van 29 oktober en 1 november 2021 wordt verwezen naar de behandelend medisch specialist voor de beoordeling van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar tekent hierbij aan dat hij de nota's pas achteraf te zien krijgt, waardoor het voor hem op voorhand niet is vast te stellen wanneer met de behandeling is gestart en of aanspraak bestaat op vergoeding.
- 5.3. Waar het de informatievoorziening door de behandelend medisch specialist betreft, stelt de ziektekostenverzekeraar dat, ongeacht of een zorgaanbieder gecontracteerd is, hij als zorgverzekeraar niet verantwoordelijk is voor diens communicatie. De met de zorgaanbieders afgesloten contracten zien hier niet op. Op grond van artikel 4 van de Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018 is het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om bij de patiënt aan te geven of de te leveren prestaties of diensten onder de verzekerde aanspraken van de Zorgverzekeringswet vallen en om betrokkene te informeren over eventuele eigen betalingen. Ook is in artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) opgenomen dat een zorgaanbieder een patiënt tijdig en zorgvuldig informeert omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.

De ziektekostenverzekeraar kan niet vaststellen wat de behandelend medisch specialist specifiek met verzoekster in de behandelkamer heeft besproken. Hij kan daarover dus ook geen uitspraken doen. Als verzoekster van mening is dat zij niet goed of niet volledig is geïnformeerd over het feit dat sprake is van twee aparte zorgtrajecten, te weten het oriënterend fertiliteitsonderzoek en de daaropvolgende geïndiceerde behandeling, kan zij een officiële klacht indienen bij het ziekenhuis, waarna zij zich nog kan wenden tot de Geschillencommissie Ziekenhuizen.

De ziektekostenverzekeraar heeft de website van het ziekenhuis nog bekeken en hierbij geconstateerd dat daar onderscheid wordt gemaakt tussen zes fases, inclusief het oriënterend vooronderzoek. Dit kan inderdaad tot verwarring leiden en is bij het ziekenhuis gemeld.

- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 8 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In geschil is de vraag wat [het] startmoment van de IVF-behandeling is. Bij verzoekster is de indruk gewekt dat de aanvang van het oriënterend vruchtbaarheidsonderzoek gold als de startdatum van de IVF-behandeling. In 2012 heeft het Zorginstituut (voorheen CVZ) een rapport uitgebracht voor een leeftijdsgrens bij vergoeding van diagnostiek en behandeling van vruchtbaarheidsproblemen binnen de basisverzekering, hierin is het volgende opgenomen: "het CVZ is voorstander voor de introductie van een leeftijdsgrens voor diagnostiek en behandeling van vruchtbaarheidsproblemen bij vrouwen in de regelgeving, het CVZ meent dat deze zodanig vormt moet worden gegeven dat vanaf de 43ste verjaardag geen enkele vorm van vruchtbaarheidsgerelateerde zorg nog ten laste kan worden gebracht van de Zvw, behoudens voor zover het een op dat moment in gang zijnde IVF/ICSI of IUI-poging betreft." Uit de regelgeving blijkt dat een IVF-poging aanvangt op het moment dat er sprake is van het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw. Uit de brief van 29 juni 2022 blijkt dat verzoekster op 31 januari 2022 op een polikliniek voor een IVF-behandeling bij het Maasstad Ziekenhuis is geweest en dat verzoekster daarna pas is gestart met een hormonale behandeling. Verzoekster had toen de leeftijd van 43 jaar al bereikt. Voor verzoekster betekent dit dat de IVF-poging niet is aangevangen voordat verzoekster de leeftijd van 43 jaar had bereikt.

Conclusie

Op basis van het dossier kan worden geconcludeerd dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de IVF-behandeling. Verzoekster had bij de start van de behandeling de leeftijd van 43 jaar al bereikt.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een IVF-behandeling bij vrouwen van 43 jaar of ouder maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

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, derde lid, 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over IVF alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), en de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018) van de Nederlandse Zorgautoriteit, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de nota's van 4 april 2022, 30 mei 2022 en 8 juli 2022 te vergoeden.

Zorgverzekering

- 8.3. Volgens artikel 18, vijfde lid, van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden gelden met betrekking tot vruchtbaarheidsgelateerde zorg 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”

Tevens is hier bepaald dat een IVF-poging bestaat uit vier fasen:

“1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevordert;
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.”

- 8.4. Het bepaalde in artikel 18, vijfde lid, onder a, van de verzekeringsvoorwaarden komt overeen met art. 2.4, eerste lid, onder, a, 5° Bzv waarin staat dat geneeskundige zorg niet omvat: “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.” De commissie concludeert dat de verzekerde zorg bestaat uit een IVF-poging, en dat een IVF-poging start met de hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevordert. In het geval van verzoekster vormde de hormonale behandeling onderdeel van het zorgtraject dat op 31 januari 2022 aanving, en dat werd gedeclareerd met prestatiecode 041-16B183 en zorgproductcode 972804022. Zij had op dat moment de leeftijd van 43 jaar reeds bereikt, zodat de uitsluiting van artikel 18, vijfde lid, op haar van toepassing is. Het feit dat verzoekster het oriënterend fertiliteitsonderzoek heeft beleefd als een onderdeel van de IVF-poging kan niet leiden tot een andere conclusie.
- 8.5. De volgende vraag is of de ziektekostenverzekeraar in de communicatie per app bij verzoekster het vertrouwen heeft gewekt dat de IVF-poging wél zou worden vergoed (artikel 3:35 BW). De commissie meent dat het antwoord hierop ontkennend moet luiden. Aanvankelijk is alleen algemene informatie verstrekt. Vervolgens zijn door verzoekster gerichte vragen gesteld over de situatie rond de leeftijd van 42 jaar, waarbij door haar de term 'traject' is gebruikt

en door de ziektekostenverzekeraar in die zelfde zin is geantwoord. Tegen de achtergrond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden - waarin immers is bepaald wat onder de verzekerde zorg valt - moet 'traject' hier worden opgevat als een IVF-poging. Aan verzoekster is, samengevat, meegedeeld dat indien met een IVF-poging wordt gestart op 42-jarige leeftijd, de behandeling mag worden afgemaakt, ook als tijdens de IVF-poging de leeftijd van 43 jaar wordt bereikt. Verzoekster mocht niet gerechtvaardigd erop vertrouwen dat met het oriënterend fertiliteitsonderzoek de IVF-poging -het traject- al was gestart. Dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster niet heeft gewezen op de verzekeringsvoorwaarden is in dit verband niet relevant. Deze voorwaarden vormen een integraal onderdeel van de door haar aangegane verzekeringsovereenkomst en waren voor verzoekster kenbaar. Het had op de weg van verzoekster gelegen deze te raadplegen alvorens over te gaan tot de door haar gewenste behandeling. De ziektekostenverzekeraar hoefde haar niet op het bestaan en de inhoud ervan te attenderen.

- 8.6. Verder is door verzoekster aangevoerd dat zij niet, althans onvolledig werd geïnformeerd door het ziekenhuis en de aldaar werkzame medisch specialist. Het betreft hierbij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De commissie merkt hierover op dat noch het ziekenhuis noch de arts partij is bij de onderhavige procedure. Dit betekent dat uitsluitend de vraag ter beantwoording voorligt of de ziektekostenverzekeraar al dan niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor de informatieverstrekking door de door hem gecontracteerde zorgaanbieder. De commissie oordeelt dat dit niet het geval is. Uitgangspunt is, gelet op artikel 4, vierde lid, van de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018) van de Nederlandse Zorgautoriteit, welke regeling een nadere uitwerking vormt van het bepaalde in de artikelen 38 en 39 Wmg, dat de zorgaanbieder aangeeft of de te leveren prestaties of diensten onder de aanspraken op grond van de Zorgverzekeringswet vallen. Dan kan het niet zo zijn dat deze, op grond van de wet op de zorgaanbieder rustende verplichting, verschuift naar de zorgverzekeraar, een en ander afhankelijk van de vraag of de zorgaanbieder zorg verleent aan een persoon die is verzekerd bij een zorgverzekeraar die met hem een contract heeft afgesloten. Een dergelijk onderscheid tussen patiënten is ook niet gewenst en zal slechts tot verwarring aanleiding geven, te meer daar er ook patiënten zijn met een combinatie- of restitutiepolis, voor wie de informatieplicht dan weer bij de zorgaanbieder zou komen te liggen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor het feit dat de gecontracteerde zorgaanbieder in het kader van de IVF-behandeling onderscheid maakt in zes fases - inclusief het oriënterend fertiliteitsonderzoek -, waar het Bzv en de verzekeringsvoorwaarden voor een IVF-poging uitgaan van vier fases, of voor de vermelding van die zes fases op de website van het ziekenhuis.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 december 2022

L. Ritzema

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

- art. 10 en 11 Zvw
- art. 2.1 en 2.4 Bzv
- art. 38 en 39 Wmg

2. Voorwaarden zorgverzekering

- art. 18

3. Regeling transparantie zorgaanbieders

- art. 4

Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018

Artikel 4 Informatieverstrekking

1. De zorgaanbieder informeert de consument over datgene dat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en te ontvangen.
2. De zorgaanbieder informeert de consument over prestaties die geleverd worden.
3. De zorgaanbieder informeert de consument over tarieven die voor de consument van belang zijn.
4. De zorgaanbieder geeft aan of de te leveren prestaties of diensten onder de verzekerde aanspraak van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg vallen.
5. De zorgaanbieder informeert de consument over eventuele eigen betalingen.
6. In geval van doorverwijzing voor vervolgzorg adviseert de zorgaanbieder de consument zo objectief mogelijk. Daarbij wijst de zorgaanbieder de consument op zijn keuzevrijheid.
7. De zorgaanbieder maakt wachttijden inzichtelijk.
8. Bij het openbaren van kwaliteitsinformatie die betrekking heeft op zorg, maakt de zorgaanbieder voor de consument inzichtelijk op welke wijze deze informatie tot stand is gekomen.

Wet marktordening gezondheidszorg

Geraadpleegd op 22-09-2022.

Geldend van 01-07-2022 t/m heden

Artikel 39

- 1 Zorgaanbieders dragen er zorg voor dat de door of namens hen verstrekte of beschikbaar gestelde informatie terzake van een product of dienst, waaronder reclame-uitingen, geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet, de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg, en niet misleidend is.
- 2 De zorgautoriteit kan regels stellen betreffende de informatievoorziening, bedoeld in het eerste lid, met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.
- 3 De in het tweede lid bedoelde regels worden gesteld in overeenstemming met de Inspectie gezondheidszorg en jeugd.

Wet marktordening gezondheidszorg

Geraadpleegd op 22-09-2022.

Geldend van 01-07-2022 t/m heden

Artikel 38

- 1 Zorgaanbieders informeren hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.
- 2 Zorgaanbieders brengen een tarief in rekening onder vermelding van de daarbijbehorende prestatiebeschrijving.
- 3 De zorgautoriteit kan nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders:
 - a. bekendmaken van tarieven;
 - b. specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen.
- 4 Zorgaanbieders maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft in ieder geval de tarieven en de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten.
- 5 De zorgautoriteit kan, onverminderd de informatieverplichting die op grond van het vierde lid rust op zorgaanbieders, ten behoeve van de inzichtelijkheid van de markt periodiek informatie als bedoeld in het vierde lid openbaar maken.
- 6 Het vijfde lid geldt niet indien anderen reeds in voldoende mate in openbaarmaking van de daar bedoelde informatie voorzien.
- 7 De zorgautoriteit kan regels stellen betreffende de informatievoorziening, bedoeld in het vierde lid, met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid daarvan.

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, 2.8 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.
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 verslapte 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 gehemeltespelen, 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.

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:

- 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;
- 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);
- 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:

- hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevorderen;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- 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. eikel- 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 6 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 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. 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).