

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202300984

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gemaakte kosten van een vaginaplastiek in het kader van een behandeltraject bij T-cendent, ten bedrage van € 15.679,52 te vergoeden en daarnaast te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar, op grond van artikel 6:96 BW, aan haar een passende vergoeding moet verlenen. In dit verband heeft zij gesteld dat zij het recht van vrije artskeuze heeft en dat het niet volledig vergoeden van de door haar gemaakte kosten op gespannen voet staat met het hinderpaalcriterium. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten aanvankelijk afgewezen omdat T-cendent niet voldoet aan de toepasselijke kwaliteitseisen. Later is hij hierop teruggekomen, maar voor volledige vergoeding van de operatie ziet hij nog steeds geen grond.
- 1.2. De commissie overweegt dat het geschil thans enkel nog de hoogte van de vergoeding voor de inmiddels uitgevoerde vaginaplastiek betreft. Door het Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) zijn ter zake twee DBC's in rekening gebracht. Volgens verzoekster moeten beide worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard alleen DBC 15D177 ('grote en zeer uitgebreide hersteloperatie door een plastisch chirurg') aan verzoekster te vergoeden. De commissie ziet niet in waarom DBC 15D197 ('grote en uitgebreide hersteloperatie door een plastisch chirurg') zodanig andersoortige activiteiten en verrichtingen betreft dat kan worden gesproken van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag, waarvoor het bijbehorende tarief naast dat van DBC 15D177 als parallel zorgtraject in rekening zou mogen worden gebracht, althans door de ziektekostenverzekeraar zou moeten worden vergoed, nu de commissie immers niet bevoegd is te oordelen over het declareren door de ZBC. De operatie is uitgevoerd in een ZBC. De kosten van de aldaar verleende zorg worden, op grond van artikel 18.7 van de verzekeringsvoorwaarden, tot ten hoogste 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij DBC 15D177 conform de polisvoorwaarden aan verzoekster zal vergoeden. Ter zitting heeft hij onweersproken gesteld dat in de bedragen - die genoemd zijn in het e-mailbericht van 26 augustus 2022 - de 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief reeds is verdisconteerd, hetgeen voor deze DBC neerkomt op een bedrag van € 4.064,85. De verwijzing in dit verband, door verzoekster, naar het zogenoemde hinderpaalcriterium treft geen doel.

De op het gemiddeld gecontracteerde tarief toegepaste korting van 20% is niet zodanig dat deze voor de gemiddelde zorggebruiker een feitelijke hinderpaal vormt.

Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat zij, op basis van het e-mailbericht van 26 augustus 2022, had verwacht beide DBC's vergoed te krijgen, merkt de commissie op dat de juistheid hiervan niet valt te controleren zonder te weten welke vraag door verzoekster is gesteld, en waarop dit antwoord is gevolgd. Van een toezegging, leidend tot een hogere vergoeding, is daarom niet gebleken.

Verzoekster heeft de declaraties van haar gemachtigde voor rechtsbijstand aan de commissie gestuurd met het verzoek deze vergoed te krijgen. Ter zitting heeft de commissie opgemerkt dat een specificatie van de declaraties moet worden meegestuurd, omdat artikel 6:96 BW alleen ziet op de vergoeding van buitengerechtigde kosten. Uit de toegestuurde declaraties is niet te herleiden of en zo ja, welke declaraties zien op buitengerechtigde kosten ten laste van verzoekster. Daarbij neemt de commissie in aanmerking dat de desbetreffende facturen niet op naam staan van verzoekster, maar op naam van een rechtspersoon en dat de declaraties slechts vermelden "wegens verstrekte juridische hulp". Ten overvloede overweegt de commissie dat op grond van artikel 21 van het Reglement van de commissie elke partij in beginsel de eigen kosten draagt. Dit onderdeel van het verzoek wordt daarom afgewezen.

- 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. Verzoekster heeft bij brief van 9 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 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 16 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 februari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 5 maart 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024007305) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is eveneens op 5 maart 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 mei 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Op 22 mei 2024 heeft verzoekster de declaraties van haar gemachtigde voor rechtsbijstand aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 23 mei 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. Bij brief van 31 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de door verzoekster ingezonden declaraties van haar gemachtigde. Een kopie van deze reactie is op 4 juni 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.7. Bij e-mailbericht van 11 juni 2024 heeft verzoekster de facturen van 31 december 2022 van Medische Kliniek Velsen overgelegd. Kopieën hiervan zijn op 12 juni 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 juni 2024 gereageerd op de hem toegezonden facturen van 31 december 2022. Een kopie van zijn reactie is op 25 juni 2024 aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Vrije Keuze (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgBeter en Pechvogelhulp Plus (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

3.2. Verzoekster is transgender en onder behandeling bij T-cendent. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een vaginaplastiek. Bij e-mailbericht van 26 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de hoogte van de vergoeding meegedeeld, behorend bij DBC's 15D177 en 15D197. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar haar meegedeeld dat de vergoeding akkoord is als zij de 'real life experience' met goed gevolg heeft doorlopen en een indicatie is gesteld door het genderteam.

3.3. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 oktober 2022 aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld het niet eens te zijn met de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 18 november 2022 aan verzoekster bericht dat haar zorgaanbieder geen erkend genderteam volgens de Nederlandse Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg is.

3.4. Verzoekster heeft op 31 oktober 2022 een vaginaplastiek ondergaan in Medische Kliniek Velsen, een ZBC. De kosten hiervan bedragen € 15.679,52.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 13 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 5 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gemaakte kosten van een vaginaplastiek in het kader van het behandeltraject bij T-cendent, ten bedrage van € 15.679,52, te vergoeden en daarnaast te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar, op grond van artikel 6:96 BW, aan haar een passende vergoeding moet verlenen.

4.2. Volgens verzoekster voldoet T-cendent aan de toepasselijke kwaliteitseisen. Zij heeft in haar brieven van 15 april 2023 en 9 januari 2024 gesteld dat T-cendent lid is van het Benelux Genderteam en tevens full-member van de WPATH (World Professional Association for Transgender Health). Verzoekster heeft voorts verklaard dat alle besluiten gezamenlijk door de artsen worden genomen. Zij heeft de overeenkomst van het Benelux Genderteam overgelegd, waarbij zij heeft gesteld dat deze conform de eisen van de Nederlandse Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg is opgesteld. Ook heeft zij een ondertekende samenwerkingsovereenkomst, haar indicatiestelling, en een verslag van het multidisciplinair-overleg (hierna: het MDO) in de procedure ingebracht.

- 4.3. Het niet erkennen van T-cendent impliceert volgens verzoekster dat de vrije artskeuze - waarmee de ziektekostenverzekeraar adverteert - niet opgaat. Zij stelt dat de gebruikte terminologie als 'tot 100% vergoed' en 'een arts naar keuze' de indruk versterkt dat die keuzevrijheid wel bestaat. Volgens haar is het een desillusie als allereerst de vergoeding bij een ZBC maar 80% blijkt te zijn en vervolgens blijkt dat hiermee 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief is bedoeld. Verzoekster heeft verder verklaard dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar op gespannen voet staat met het hinderpaalcriterium. Zij heeft hiervoor verwezen naar artikel 13 Zorgverzekeringswet en verschillende rechterlijke uitspraken. Volgens verzoekster is het hanteren van een generieke korting niet toegestaan en wordt een eigen bijdrage van hoogstens 20% - in plaats van in haar geval 57% - reëel geacht.
- 4.4. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 6 september 2022 verklaard dat de ziektekostenverzekeraar DBC 15B197 niet vergoedt, en dat dit in strijd is met zijn e-mailbericht van 26 augustus 2022. Daarin heeft de ziektekostenverzekeraar namelijk bevestigd dat de DBC's 15D177 én 15D197 door hem worden vergoed.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 23 januari 2024 heeft verzoekster een aanvullend stuk gestuurd, waarin staat dat in een soortgelijke casus door de ziektekostenverzekeraar een schikking is getroffen. Volgens verzoekster kan hieruit worden afgeleid dat de ziektekostenverzekeraar in dat geval een verwijzing door T-cendent wél heeft beschouwd als een verwijzing van een erkend multidisciplinair genderteam.
- 4.6. Bij e-mailbericht van 3 mei 2024 heeft verzoekster een verklaring van 2 mei 2024 van een internist/endocrinoloog van het Haga Ziekenhuis overgelegd, waaruit volgens verzoekster blijkt dat het Benelux Genderteam aan de voorwaarden van de WPATH voldoet.
- 4.7. Ter zitting heeft verzoekster verklaard blij te zijn dat over de kwaliteit van de zorg inmiddels geen twijfel meer bestaat. Het geschil betreft thans nog de hoogte van de vergoeding, waarbij verzoekster benadrukt dat zij beide door de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 26 augustus 2022 genoemde bedragen vergoed wil krijgen. De door haar betaalde facturen van 31 december 2022 zal zij nog aan de commissie sturen. Verzoekster heeft verder gesteld dat zij voor de rechtsbijstand aan haar gemachtigde een bedrag van circa € 1.500,- heeft betaald. Zij verzoekt op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek tevens een passende vergoeding voor deze kosten.
- 4.8. Op 22 mei 2024 heeft verzoekster de declaraties van haar gemachtigde voor rechtsbijstand aan de commissie gestuurd. De originele facturen van 31 december 2022 voor de operatie bij Medische Kliniek Velsen heeft verzoekster bij e-mailbericht van 11 juni 2024 overgelegd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat vergoeding van de kosten is afgewezen, omdat T-cendent niet voldoet aan de toepasselijke kwaliteitseisen. Hij heeft hiertoe in zijn brieven van 13 januari 2022 en 18 juli 2023 aangevoerd dat het moet gaan om een multidisciplinair genderteam zoals dat wordt beschreven in de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch uit 2018. T-cendent is geen onderdeel van een erkend gendernetwerk. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat de diagnostiek en behandeling binnen de transgenderzorg moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts verklaard dat volgens de website van T-cendent sprake is van een ketenzorgsamenwerking van zelfstandige praktijken, klinieken en ziekenhuisafdelingen rondom transgenderzorg. Deze samenwerking is weliswaar gebaseerd op de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg en de SOC van de WPATH, maar dit is onvoldoende

om te concluderen dat T-cendent voldoet aan de kwaliteitseisen. In zijn brief van 18 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een Kwartiermaker Transgenderzorg is aangesteld om te onderzoeken welke genderteams voldoen aan de kwaliteitseisen die de overheid stelt. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek is een uitspraak gedaan over welke genderteams worden erkend.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat - als de zorgaanbieder voldoet aan de bedoelde kwaliteitseisen - alleen DBC 15D177 mag worden gedeclareerd. In de aanvraag is echter ook DBC 15D197 opgevoerd en dat is onterecht. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij dit al verschillende keren heeft meegedeeld aan de behandelend arts en dat ook de Nederlandse Zorgautoriteit de arts hierop heeft aangesproken. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat als de uitkomst zou zijn dat T-cendent wél voldoet aan de kwaliteitseisen, hij niet kan worden gehouden DBC 15D197 ook te vergoeden.
- 5.3. Bij brief van 27 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat T-cendent geen deel uitmaakt van een erkend genderteam. Uit de overeenkomsten die verzoekster heeft overgelegd blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar dat niet wordt voldaan aan verschillende punten uit hoofdstuk 2.2. van de 'Handreiking Netwerksamenwerking Transgenderzorg'. Ten eerste zijn niet alle relevante disciplines vertegenwoordigd in het genderteam en ten tweede zijn de disciplines die wel vertegenwoordigd zijn, niet door ten minste twee personen met een toelatingsovereenkomst of loondienstverband gerepresenteerd. Ook ziet de ziektekostenverzekeraar geen afspraken over wie de zorgcoördinator is, wie de hoofdbehandelaar is voor medisch specialistische zorg of wie de regiebehandelaar is voor GGZ. Verder ziet de ziektekostenverzekeraar geen criteria voor diagnostiek en de somatische indicatiestelling, blijkt niet hoe onderling wordt doorverwezen en hoe de betrokken doorlooptijden worden geborgd. Het MDO is onvoldoende beschreven en de punten c tot en met i uit paragraaf 3.2 van de Somatische Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg komen niet terug in de overeenkomsten. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn brief de 'Handreiking Netwerksamenwerking Transgenderzorg' en 'Somatische Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg' meegestuurd. Hij licht in zijn brief van 26 oktober 2023 toe dat de handreiking is gepubliceerd door Zorgvuldig Advies en dat deze organisatie door het ministerie van VWS in 2018 voor een periode van vier jaar is aangesteld als Kwartiermaker Transgenderzorg.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 15 december 2023 gesteld dat het MDO-verslag niet juist is vormgegeven. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat uit de meegestuurde documenten niet blijkt dat alle disciplines (psycholoog/psychiater, endocrinoloog en chirurg) aanwezig waren bij het MDO en een bijdrage hebben geleverd aan het overleg. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat MDO's in transgenderzorg structureel moeten worden georganiseerd. In het geval van verzoekster lijkt er één MDO te zijn geweest rond de periode van de operatie.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 16 februari 2024, gericht aan de commissie, verklaard dat hij niet ingaat op de afhandeling van casuïstiek van andere verzekerden.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat lang is getwijfeld aan de kwaliteit van de zorg die T-cendent levert. Er is recent echter een bindend advies door de commissie uitgebracht en naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar geen reden meer te twifelen aan de kwaliteit van de zorg. Volgens de ziektekostenverzekeraar staat nu slechts nog de hoogte van de vergoeding ter discussie. Hij merkt in dat verband in de eerste plaats op dat hij geen originele factuur heeft ontvangen. Alleen de voorschotnota, waarop twee DBC's in rekening worden gebracht, bereikte hem. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat voor de ingreep maar één DBC kan worden gedeclareerd. DBC's kunnen niet worden gestapeld. Na ontvangst van de originele factuur zal van de twee alleen de duurste DBC conform de verzekeringsvoorwaarden 2022 worden vergoed. De vergoeding bedraagt 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, omdat de zorg is uitgevoerd door een ZBC. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het lastig is te interpreteren wat is bedoeld met de informatie in het e-mailbericht van

26 augustus 2022. De gegeven informatie is namelijk juist. Het is volgens hem de vraag of duidelijk is geweest voor de informatieverstrekker dat het om één behandeltraject gaat en dat daar één DBC voor geldt. Er is volgens de ziektekostenverzekeraar slechts algemene informatie gegeven en hiermee is niet de verwachting gewekt dat beide DBC's naast elkaar worden vergoed. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat in de bedragen - die genoemd zijn in het e-mailbericht van 26 augustus 2022 - de 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief reeds is verdisconteerd.

- 5.7. Bij brief van 31 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de declaraties van de gemachtigde van verzoekster betrekking hebben op de kosten van juridische bijstand. Volgens de ziektekostenverzekeraar komen deze kosten voor rekening van verzoekster. Hij verwijst hiervoor naar artikel 21 van het Reglement van de commissie. De ziektekostenverzekeraar verklaard verder dat er geen gronden zijn om (een deel van) de kosten te vergoeden.
- 5.8. In reactie op de door verzoekster overgelegde facturen van 31 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 juni 2024 verklaard dat hij niet bereid is voor beide DBC's een vergoeding te betalen. Hij heeft herhaald dat voor één en dezelfde operatie maar één DBC in rekening kan worden gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij in het geval van verzoekster de DBC met de omschrijving 'grote en zeer uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg' (DBC 15D177) vergoedt. De vergoeding bedraagt € 4.064,85.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 5 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Bij de vraag of sprake is van verzekerde zorg beoordeelt het Zorginstituut of sprake is van 'zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden' en of de zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Indien de zorg behoort tot het verzekerde pakket beoordeelt het Zorginstituut of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. De kwaliteit van zorg vormt geen onderdeel van de afweging of de verzekerde redelijkerwijze op de zorg is aangewezen. Daarnaast is de kwaliteit van zorg ook niet van invloed op de beoordeling van het plegen te bieden criterium of 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut is derhalve niet bevoegd om de kwaliteit van zorg te beoordelen in een geschil. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit."

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 17 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 (Rzv) over plastische chirurgie en de vergoeding bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 8.2. De aanvraag van verzoekster betreft een vaginaplastiek in het kader van een behandeltraject bij T-cendent. Transgenderzorg is een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil. Hetzelfde geldt voor de vraag of verzoekster redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen. Wat partijen in de eerste plaats verdeeld hield was de vraag of T-cendent voldoet aan de toepasselijke kwaliteitseisen. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij dit punt verzoekster niet langer tegenwerpt. Het geschil betreft thans enkel nog de hoogte van de vergoeding voor de inmiddels uitgevoerde vaginaplastiek.
- 8.3. Verzoekster heeft een combinatiepolis afgesloten. Dit betekent dat zij zowel aanspraak kan hebben op de zorg zelf (natura), als op vergoeding van de kosten van de zorg (restitutie). Artikel 18.17 van de verzekeringsvoorwaarden, dat ziet op medisch specialistische zorg, is gebaseerd op restitutie. Plastische chirurgie, waar de vaginaplastiek van verzoekster onder valt, is onderdeel van medisch specialistische zorg. Verzoekster heeft, ter zitting daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, nadien de originele facturen van 31 december 2022 van Medische Kliniek Velsen overgelegd. Hieruit blijkt dat bij verzoekster twee DBC's in rekening zijn gebracht. Ten eerste een DBC met een bedrag van € 13.618,27 (declaratiecode 15D197). De omschrijving hiervan is: *'grote en uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg'*. Ten tweede een DBC met een bedrag van € 9.222,77 (declaratiecode 15D177). De omschrijving hiervan is: *'grote en zeer uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg'*. Wat partijen verdeeld houdt is in de eerste plaats of de ziektekostenverzekeraar beide in rekening gebrachte DBC's aan verzoekster moet vergoeden. De commissie overweegt daartoe als volgt.
- 8.4. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in de Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207a (hierna: de Regeling) regels gesteld die zorgaanbieders, die op grond van artikel 3 onder de reikwijdte van deze regeling vallen, in acht moeten nemen bij het leveren en registreren van prestaties en tarieven van onder andere medisch specialistische zorg. In artikel 4, derde lid, van de Regeling is bepaald dat een DBC-zorgproduct het geheel van activiteiten en verrichtingen van een zorgaanbieder omvat. Dit betekent dat U-bocht constructies niet zijn toegestaan, tenzij in de Regeling is bepaald dat naast het DBC-zorgproduct wél een ander tarief, zoals een add-on, mag worden gedeclareerd. Voorts bepaalt artikel 5, vierde lid, sub a van de Regeling dat voor het openen van een parallel zorgtraject binnen eenzelfde specialisme de eisen gelden zoals beschreven in voorgaande leden en dat sprake moet zijn van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag. Bij verzoekster is een vaginaplastiek uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard DBC 15D177 (*'grote en zeer uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg'*) aan verzoekster te vergoeden. De commissie ziet niet in waarom DBC 15D197 (*'grote en uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg'*) zodanig andersoortige activiteiten en verrichtingen betreft dat kan worden gesproken van een separaat uit te voeren beleid ten aanzien van de zorgvraag, waarvoor het bijbehorende tarief naast dat van DBC 15D177 als parallel zorgtraject in rekening zou mogen worden gebracht, althans door de ziektekostenverzekeraar zou moeten worden vergoed, nu de commissie immers niet bevoegd is te oordelen over het declaratiegedrag van de ZBC.
- 8.5. De operatie is uitgevoerd in een ZBC. De kosten van de aldaar verleende zorg worden, op grond van artikel 18.7 van de verzekeringsvoorwaarden, tot ten hoogste 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij DBC 15D177 conform de polisvoorwaarden aan verzoekster zal vergoeden. Ter zitting heeft hij onweersproken gesteld dat in de bedragen - die genoemd zijn in het e-mailbericht van 26 augustus 2022 - de 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief reeds is verdisconteerd, hetgeen voor deze DBC neerkomt op een bedrag van € 4.064,85. De verwijzing in dit verband, door verzoekster, naar het zogenoemde hinderpaalcriterium treft geen doel. Op grond van artikel 13 Zvw is het aan de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen. In dit geval gaat de ziektekostenverzekeraar uit van het gemiddeld door hem gecontracteerde tarief voor de zorg, en dit is toegestaan. De hierop toegepaste korting van 20% is niet zodanig dat deze voor de gemiddelde zorggebruiker een feitelijke hinderpaal vormt. Dat verzoekster tot een hoger kortingspercentage komt is het gevolg van haar onjuiste aanname dat de ziektekostenverzekeraar

beide DBC's moet vergoeden en kan daarom bij de toetsing aan de hand van genoemd criterium geen rol spelen. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat zij, op basis van het e-mailbericht van 26 augustus 2022, had verwacht beide DBC's vergoed te krijgen, merkt de commissie op dat de juistheid hiervan, tegenover de gemotiveerde betwisting door de ziektekostenverzekeraar, niet valt te controleren zonder te weten welke vraag door verzoekster is gesteld, en waarop dit antwoord is gevolgd. Van een toezegging, leidend tot een hogere vergoeding, is daarom niet gebleken.

Vergoeding nota's rechtsbijstand

- 8.6. Verzoekster heeft de declaraties van haar gemachtigde voor rechtsbijstand aan de commissie gestuurd met het verzoek deze vergoed te krijgen. Ter zitting heeft de commissie opgemerkt dat een specificatie van de declaraties moet worden meegestuurd, omdat artikel 6:96 BW alleen ziet op de vergoeding van buitengerechtelijke kosten. Uit de toegestuurde declaraties blijkt dat deze niet op naam van verzoekster zijn gesteld, maar op naam van [...] en dat de omschrijving slechts vermeldt "wegens verstrekte juridische hulp". Aldus blijkt geenszins dat het kosten betreft die verzoekster verschuldigd is en dat het overigens kosten betreft die zien op juridische bijstand in het onderhavige geschil. Niet is gebleken welke declaraties zien op buitengerechtelijke kosten voor bijstand aan verzoekster in het geschil bij de commissie en dat deze inderdaad ten laste komen van verzoekster. Daarbij overweegt de commissie ten overvloede dat op grond van artikel 21 van het Reglement van de commissie elke partij in beginsel de eigen kosten draagt. Alles overziende wijst de commissie dit onderdeel van het verzoek af. Wel ziet de commissie in de gang van zaken aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat
- (i) de ziektekostenverzekeraar voor de door verzoekster ondergane vaginoplastiek terecht is uitgegaan van uitsluitend DBC 15D177 ('grote en zeer uitgebreide hersteloperatie aan het lichaam door een plastisch chirurg') en een bijbehorende vergoeding van € 4.064,85;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het betaalde entreegeld van € 37,- dient te vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 17 juli 2024,

H.A.J. Kroon

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

Logopedie in het kader van gzsp

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

Artikel 18.16 Mechanische beademing

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

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

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

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

Artikel 18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

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

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

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

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

Ziekenhuisopname

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

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

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

Logeerkosten bij CAR-T

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

Niet-klinische medisch specialistische zorg

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

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

Kies je voor een niet-gecontracteerd ZBC

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

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

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

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

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI

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

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

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

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

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

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

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

Wij vergoeden geen:

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

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

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

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

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

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

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

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

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

Wij vergoeden onder andere geen:

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

Second Opinion

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

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

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

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

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

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

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

Artikel 18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

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

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°. 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;

- 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 gehemertespleten, 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 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 96

1. Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.
2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:
 - a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;
 - b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
 - c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.
3. Lid 2 onder b en c is niet van toepassing voor zover in het gegeven geval krachtens artikel 241 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de regels betreffende de proceskosten van toepassing zijn.
4. In geval van een handelsovereenkomst als bedoeld in artikel 119a lid 1 of artikel 119b lid 1 bestaat de vergoeding van kosten bedoeld in lid 2 onder c uit ten minste een bedrag van 40 euro. Dit bedrag is zonder aanmaning verschuldigd vanaf de dag volgende op de dag waarop de wettelijke of overeengekomen uiterste dag van betaling is verstreken. Hiervan kan niet ten nadele van de schuldeiser worden afgeweken.
5. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld voor de vergoeding van kosten als bedoeld in lid 2 onder c. Van deze regels kan niet ten nadele van de schuldenaar worden afgeweken indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf. In dit geval mist artikel 241, eerste volzin, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering toepassing.
6. De vergoeding volgens de nadere regels kan indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, eerst verschuldigd worden nadat de schuldenaar na het intreden van het verzuim, bedoeld in artikel 81, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, waaronder de vergoeding die in overeenstemming met de nadere regels wordt gevorderd, vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, aanvangende de dag na aanmaning.
7. Indien een schuldenaar voor meer dan een vordering door een schuldeiser kan worden aangemaand als bedoeld in lid 6, dan dient dit in één aanmaning te geschieden. Voor de berekening van de vergoeding worden de hoofdsommen van deze vorderingen bij elkaar opgeteld.

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.