

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400269

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 21 augustus 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 4 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 oktober 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 10 oktober 2024 heeft verzoekster een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Op 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024037230) aan de commissie een brief gestuurd. Een kopie hiervan is op 29 oktober 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 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 verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster is op 21 september 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeling in het Verenigd Koninkrijk in verband met endometriose.
- 2.3. Bij brief van 13 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is goedgekeurd. Aan verzoekster wordt een vergoeding toegekend van maximaal

€ 4.983,19, bestaande uit € 3.931,20 voor de kosten van de gynaecoloog en € 1.051,99 voor de kosten van de uroloog.

- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Diezelfde dag heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging gevraagd. Bij e-mailbericht van 30 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Met haar brief van 4 januari 2024 heeft verzoekster verzocht om vergoeding van de intussen gemaakte kosten. Bij brief van 8 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zijn beslissing van 16 november 2023 handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut de commissie desgevraagd geïnformeerd.

### 3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan het reeds toegekende bedrag van € 4.983,19 voor de behandeling in het Verenigd Koninkrijk ten laste van de zorgverzekering
- 3.2. In haar brieven van 1 november 2023 heeft verzoekster haar medische geschiedenis toegelicht. Zij is bekend met endometriose en ervaart hiervan al jarenlang klachten. In september 2023 is zij door een arts in het Verenigd Koninkrijk onderzocht. Door deze arts is vervolgens een behandelplan opgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis hiervan volgens verzoekster ten onrechte de declaratiecode 15D659 (DBC-zorgproductcode 149399057) gehanteerd. Als de beslisboom van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) wordt gevolgd, komt verzoekster namelijk uit op declaratiecode 15D658 (DBC-zorgproductcode 149399056). Deze declaratiecode ziet op uitgebreide chirurgie in een stadium IV-V, uitgebreide operatie(s) bij een aandoening van de baarmoeder/eierstok/eileider. Zoals blijkt uit het overgelegde behandelplan is bij verzoekster sprake van ernstig diep ingegroeide endometriose. Dit valt onder stadium IV.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 31 januari 2024 heeft verzoekster gesteld dat er precedents zijn, omdat de ziektekostenverzekeraar een vergelijkbare behandeling in het Verenigd Koninkrijk voor andere patiënten wel volledig heeft vergoed. Ter onderbouwing hiervan heeft zij een geanonimiseerde akkoordverklaring van 7 augustus 2023 overgelegd. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar voor de toepasselijke declaratiecodes lagere bedragen heeft vergoed dan de NZa-tarieven. In dit verband heeft zij e-mailcorrespondentie met de NZa overgelegd inzake de tarieven voor 2023. De ziektekostenverzekeraar zou, op grond hiervan, aan haar een hoger totaalbedrag moeten vergoeden. Verzoekster heeft een lening moeten afsluiten om de behandeling te bekostigen. Deze financiële last drukt sterk op haar persoonlijke budget.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster aangevoerd dat zij het niet eens is met de code die de ziektekostenverzekeraar heeft toegekend, namelijk DBC 15D659. Volgens verzoekster is declaratiecode DBC 15D658 het meest passend. Dit blijkt ook uit de brief van het Zorginstituut. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat de declaratiecode DBC 15C892 (DBC-zorgproductcode 149599023) in het jaar 2023 niet bestond. Uit de overgelegde stukken blijkt het tegendeel. Verzoekster is onderdeel van een steungroep voor lotgenoten. Leden van deze groep hebben een endometriosebehandeling ondergaan. Een aantal van hen zijn verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Een lid heeft een brief toegestuurd waaruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de endometriosebehandeling heeft vergoed. Anderen durfden niet naar voren te komen. Zij waren bang voor consequenties. Over de door verzoekster overgelegde brief heeft de ziektekostenverzekeraar geen uitleg gegeven. Hij zegt niet te kunnen ingaan op andere verzekerden. Echter, er wordt niet gevraagd om medische gegevens. Er wordt gevraagd om een uitleg. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn voor iedereen gelijk, maar verzoekster heeft

niet het gevoel dat iedere verzekerde gelijk wordt behandeld. Feit blijft dat de ene verzekerde wel volledige vergoeding krijgt voor de behandeling en de ander niet.

Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering kan een verzekerde toestemming vragen voor zorg in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar heeft deze toestemming verleend. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering ontvangt een verzekerde vergoeding volgens het Nederlandse tarief als hij zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt.

De ziektekostenverzekeraar heeft steeds het verschil tussen gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg benadrukt. Ook heeft hij gesteld dat de verzekerde in kwestie mogelijk anders was verzekerd. Dit is niet het geval. Het ging om dezelfde verzekeringen.

Het traject van verzoekster is lastig geweest. In het Verenigd Koninkrijk heeft zij uiteindelijk erkenning gekregen. Inmiddels staat verzoekster weer in de maatschappij. Zij werkt en gebruikt geen morfine meer. Niet alles lukt. Haar lichaam is ziek. Verzoekster is blij dat zij de behandeling heeft ondergaan. Zij had niet geweten hoe zij er anders voor had gestaan. Verzoekster heeft zich weleens afgevraagd of het leven nog zin had. Voor de gezondheid gaat men tot het uiterste.

Om de behandeling te kunnen voorschieten, heeft verzoekster een lening afgesloten. Zij was zich er niet bewust van dat zij een groot deel van de behandeling zelf zou moeten betalen. In de media zegt de ziektekostenverzekeraar dat zorg voor iedereen beschikbaar moet zijn, maar inmiddels is gebleken dat dit niet zo is.

Verzoekster heeft geen begrip, medeleven en uitleg van de ziektekostenverzekeraar gekregen. Zij heeft meerdere malen telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Ook zijn er gesprekken gevoerd via whatsapp. Steeds is gevraagd naar de reden achter de beslissing, maar hierop is geen duidelijk antwoord gekomen.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan het reeds toegekende bedrag van € 3.931,20 voor de kosten van de gynaecoloog en € 1.051,99 voor de kosten van de uroloog. In zijn brief van 31 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de declaratiecode 15D659 ziet op een uitgebreide operatie bij een aandoening van baarmoeder/eierstok/eileider. Declaratiecode 15C892 betreft urologie. De declaratiecode van de gynaecoloog omvat ook de kosten voor de anesthesist en de ligdagen in het ziekenhuis. De urologische component wordt als losse declaratiecode vergoed, vanwege de uroloog als medebehandelaar. Verschillende hoofdbehandelaars kunnen niet onder één declaratiecode vallen. Verder geldt dat de klinische dagen aan één van de codes moeten worden toegerekend, aangezien de andere code medebehandeling betreft. Op deze manier wordt dubbeltelling van de klinische dagen voorkomen. De twee klinische dagen zijn inbegrepen in de declaratiecode van de gynaecoloog.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij zich niet kan laten leiden door vergoedingen aan andere patiënten. Verzoekster heeft niet duidelijk gemaakt welke operaties deze andere patiënten c.q. verzekerden hebben ondergaan en of mogelijk sprake was van vergoeding ten laste van de aanvullende verzekering. Verder blijkt uit de door verzoekster overgelegde brief niet welke declaratiecodes hierbij van toepassing waren.

4.2. In zijn brief van 16 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de door verzoekster aangevraagde zorg medisch specialistische zorg betreft. Voor deze zorg geldt dat de ziektekostenverzekeraar met alle ziekenhuizen in Nederland een zorgovereenkomst heeft gesloten. Dit betekent dat verzekerden alleen te maken krijgen met niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg als zij naar het buitenland of een zelfstandig behandelcentrum gaan. Als de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangt voor niet-gecontracteerde zorg bij een zelfstandig behandelcentrum, dan vergoedt hij maximaal het door hem vastgestelde bedrag. Hierbij dient sprake te zijn van een marktconform tarief, maar dat hoeft niet het gemiddeld gecontracteerde tarief te zijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft van de wetgever een regierol toebedeeld gekregen om de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg te beheersen. Hierdoor is het aangewezen om als zorgverzekeraar een lagere vergoeding te hanteren voor zorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is immers niet te rechtvaardigen wanneer

niet-gecontracteerde zorgaanbieders zouden worden bevoordeeld boven gecontracteerde zorgaanbieders, die dezelfde zorg verlenen maar daarbij zijn gebonden aan contractvoorwaarden. Daarmee zou het principe van contracteren worden ondergraven en de contracteergraad sterk dalen. Tevens zou dit leiden tot een stijging van de totale kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg. Dit uitgangspunt is ook in de jurisprudentie en door de wetgever bevestigd. Bij het vaststellen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gaat de ziektekostenverzekeraar uit van het laagst gecontracteerde tarief dat ook daadwerkelijk bij hem is gedeclareerd. Hierbij wordt gecontroleerd of dit laagste tarief geen uitschieter naar beneden betreft door ook naar naastgelegen tarieven te kijken. Indien nodig wordt gekozen voor een ander (hoger) tarief. Op dit uitgangstarief wordt een korting van 5% toegepast.

In de voorwaarden van de zorgverzekering wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Is sprake van die laatste categorie, en gaat het om zorg waarvoor een vrij tarief geldt, dan bestaat aanspraak op "(...) maximaal de door ons vastgestelde vergoeding".

Ten aanzien van medisch specialistische zorg heeft de ziektekostenverzekeraar met veel partijen een contract gesloten. Hierdoor is het goed mogelijk om een marktconform tarief vast te stellen. De ziektekostenverzekeraar hanteert een gestructureerde methodiek op basis van afspraken met gecontracteerde partijen om de marktconforme tarieven te bepalen. De hogere tarieven zijn afgesproken met (academische) ziekenhuizen. De tarieven variëren sterk. Dit komt doordat zelfstandige behandelcentra bepaalde medisch specialistische zorg tegen aanzienlijk lagere kosten kunnen leveren dan ziekenhuizen. Zij hebben immers een gerichtere focus op een beperkt aanbod van behandelingen waardoor de zorg efficiënter kan worden geleverd. Tevens hebben zij niet dezelfde 24-uur beschikbaarheidsfunctie van ziekenhuizen, waardoor er geen sprake is van een continue aanwezigheid van faciliteiten en personeel. Met andere woorden: een marktconforme vergoeding voor een zelfstandig behandelcentrum zal in de regel lager liggen dan een marktconforme vergoeding voor een ziekenhuis. Het kan daarnaast zo zijn dat de tarieven die in de behandelend kliniek in Engeland worden gerekend vrij hoog liggen en niet marktconform zijn.

- 4.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar onderzocht of een Britse verzekerde in het Verenigd Koninkrijk een vergoeding zou krijgen voor eenzelfde behandeling c.q. consult en zo ja, wat dan de hoogte van een dergelijke vergoeding zou zijn om te zien of een aanvullende vergoeding aan de orde is. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat sprake is van 'consultation at a Private Clinic', en dat nu de behandeling is uitgevoerd door een privé kliniek/zelfstandig behandelcentrum, de door hem gehanteerde berekeningswijze de juiste is.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat niet meer in geschil is of declaratiecode 15C892 in 2023 bestond. Deze code bestond wel, maar kwam niet voor op de lijst 'vrije tarieven 2023' van gecontracteerde zorgverleners van de ziektekostenverzekeraar. Op de website van de ziektekostenverzekeraar worden alleen de codes gepubliceerd die ook daadwerkelijk bij hem zijn gedeclareerd. De desbetreffende code was nog nooit gedeclareerd. Op de situatie van andere verzekerden kan de ziektekostenverzekeraar niet ingaan. Daarbij komt dat de door verzoekster overgelegde brief is geanonimiseerd. De ziektekostenverzekeraar kan niet vertellen hoe deze verzekerde was verzekerd en welke aandoening of behandeling het betrof. Verzoekster mag er in ieder geval van uit gaan dat ieder geval gelijk wordt behandeld. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar zijn de declaratiecodes 15D659 en 15C892 het meest passend. Hierbij zijn de kosten van de anesthesist en de ligdagen meegenomen. De urologische component (declaratiecode 15C892) is als losse declaratiecode vergoed. De verpleegdagen zijn aan de declaratiecode van de gynaecoloog toegekend. Het Zorginstituut heeft gekozen voor de declaratiecode 15C892 en 15D658. Een van de declaratiecodes komt overeen met de declaratiecode die door de ziektekostenverzekeraar is gekozen, namelijk 15C892 voor de behandeling van de uroloog. Het Zorginstituut komt voor de behandeling van de gynaecoloog tot een andere declaratiecode, namelijk 15D658. Het Zorginstituut heeft de code 039090 toegevoegd. Dit betreft anesthesie. Hier heeft de medisch adviseur zijn vraagtekens bij, maar dat maakt uiteindelijk niet uit. Met of zonder code 039090 wordt uitgekomen op de declaratiecode 15D658. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten het Zorginstituut te volgen.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij met alle ziekenhuizen een contract heeft gesloten. Ook heeft hij met de meeste zelfstandige behandelcentrums een contract. De ziektekostenverzekeraar heeft een contracteringsgraad van 99,6%. Het kleine deel dat niet is gecontracteerd, betreft kleine ZBC's die geen contract met de ziektekostenverzekeraar willen. Met de gecontracteerde zorgaanbieders worden afspraken gemaakt over de hoogte van vergoedingen. De ziektekostenverzekeraar wil ervoor waken dat de gecontracteerde zorgaanbieders worden benadeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft een bandbreedte bepaald. Vervolgens wordt bekeken wat het laagste gecontracteerde tarief is dat ook daadwerkelijk is gedeclareerd. Ook wordt gekeken naar bepaalde uitschieters. Als er een uitschieter naar beneden is, wordt gekozen voor het een na laagste gecontracteerde tarief. Vervolgens wordt een kortingspercentage van 5% gehanteerd.

## 5. Advies Zorginstituut

5.1. In zijn brief van 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **"Beoordeling**

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

*Bij verzoekster is sprake van chronisch recidiverende diep invasieve of diep infiltrerende endometriose in het bekken, oftewel endometriose stadium 4. Er zijn twee poortspecialismen betrokken bij de behandeling van verzoekster, namelijk 'Obstetrie en gynaecologie' en 'Urologie'. Uit de Regeling medisch specialistische zorg van de NZa volgt dat wanneer bij de behandeling van een zorgvraag van een patiënt meer poortspecialismen betrokken zijn als hoofdbehandelaar, elk poortspecialisme, waarvoor sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling én behandeling, een eigen zorgtraject opent.*

Daarbij merkt het Zorginstituut op dat de verpleegligdagen (twee nachten) slechts eenmaal worden meegenomen bij de berekening van het passende DBC-zorgproduct.

Het Zorginstituut heeft bepaald wat de meest passende DBC-zorgproducten zijn bij de aan verzoekster verleende zorg. De gegevens zijn als volgt:

#### Gynaecologie

- Geldigheidsperiode: 2023
- Specialisme: 0307 Obstetrie en gynaecologie
- Diagnose: 0307.G17 Endometriose
- Zorgtype: 11 Reguliere zorg
- Leeftijd: 50, Geslacht: vrouw
- Zorgactiviteiten:
  - 190218 Verpleegdag, 2x.
  - 035587 Laparoscopische of laparotomische behandeling endometriosis, uitgebreide chirurgie in een stadium IV-V.
  - 036915 Endoscopische operatie aan het adnexum in verband met een ovariumtumor of ontstekingen (zie 036916 voor open procedure).
  - 039090 Algehele anesthesie bij specialistisch onderzoek en bij verrichtingen, waarvoor geen anesthesie staat vermeld.

Dit leidt tot DBC-zorgproduct **149399056**, met declaratiecode 15D658. De omschrijvingen zijn:

- Omschrijving (be)handeling: Uterus en adnex | Oper groep 3 uitgebreid | Urogenitaal vrouwelijk org.
- Omschrijving consument: Uitgebreide operatie(s) bij een aandoening van baarmoeder/eierstok/eileider.

#### Urologie

- Geldigheidsperiode: 2023
- Specialisme: 0306 Urologie
- Diagnose: 0306.028 Ov (niet cong) ureterpath (bij 0306.120 Ureterobstructie ov (niet UVJ) dezelfde DBC)
- Zorgtype: 11 Reguliere zorg
- Leeftijd: 50, Geslacht: vrouw
- Zorgactiviteiten:
  - 190117 Medebehandeling. 1x (bij weglaten Medebehandeling dezelfde DBC).
  - 035589 Laparoscopische of laparotomische behandeling endometriosis, cysteverwijdering. 1x.
  - 036170 Retrograde endoscopische plaatsing van een stent (oa JJ), al dan niet met dilatatie van de ureter.

Dit leidt tot DBC-zorgproduct **149599023**, met declaratiecode 15C892. De omschrijvingen zijn:

- Omschrijving (be)handeling: Ureteraandoeningen | Oper endoscopisch | Zonder VPLD | Urogenitaal glomeruli/nier/ureter.
- Omschrijving consument: Kijkoperatie bij een aandoening van de urineleider(s).

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat DBC-zorgproductcodes 149399056 en 149599023 het meest passend lijken te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Londen.

#### Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in dit geschil en brengt geen advies uit. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproductcodes 149399056 en 149599023 het meest passend lijken te zijn bij de uitgevoerde behandeling in Londen."

## 6. Bevoegdheid van de commissie

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

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet gecontracteerde zorg alsmede de artikelen SSC.3 en SSC.18 van het Protocol on Social Security Coordination zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies.

Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Verzoekster heeft een behandeling ondergaan in Londen, Verenigd Koninkrijk. Het Verenigd Koninkrijk is geen lidstaat van de Europese Unie. Met ingang van 1 januari 2021 is sprake van de Trade and Cooperation agreement tussen het Verenigd Koninkrijk van Groot Brittannië en Noord-Ierland en de Europese Unie. Onderdeel hiervan vormt het Protocol on Social Security Coordination. Blijkens artikel SSC.3 ziet het protocol ook op prestaties bij ziekte. Als er sprake is van planbare zorg, dan geldt artikel SSC.18. Deze bepaling is min of meer gelijklopend aan artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de verordening die van toepassing is binnen de Europese Unie.
- Volgens artikel SSC.18 heeft de verzekerde nadat deze van het bevoegde orgaan, in dit geval de ziektekostenverzekeraar, daarvoor toestemming heeft gekregen, recht op de vergoedingen zoals deze worden gegeven door het orgaan van verblijfplaats van verzekerde en alsof verzekerde volgens die wetgeving verzekerd was. De gegeven vergoedingen komen voor rekening van het bevoegde orgaan. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de staat waar de betrokkene woont voorziet, en die behandeling hem, gelet op diens gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde staat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. De commissie merkt op dat het niet de bedoeling van het protocol is om het verzekerde pakket uit te breiden.
- De commissie stelt vast dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling om toestemming heeft gevraagd. Volgens de ziektekostenverzekeraar biedt de Engelse sociale ziektekostenverzekering geen aanspraak op de uitgevoerde behandeling, omdat het 'consultation at a Private Clinic' betrof. Verzoekster is hiertegen niet opgekomen, zodat de commissie concludeert dat de onderhavige zorg niet voor vergoeding op grond van het protocol in aanmerking komt en de op basis daarvan gevraagde toestemming dus terecht werd geweigerd. Met betrekking tot de vergoeding op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt het volgende.
- 7.3. Op grond van artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Uit dit artikel blijkt dat voor intramurale zorg voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig is. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster beschikte over toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Deze werd haar bij brief van 13 oktober 2023 verleend.
- 7.4. Op verzoek van de commissie heeft het Zorginstituut beoordeeld welke declaratiecodes het meest passend zijn. In zijn brief van 28 oktober 2024 concludeert het Zorginstituut, op basis van de beschikbare informatie, dat dit de declaratiecodes 15D658 en 15C892 zijn. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij alsnog aansluit bij de door het Zorginstituut genoemde declaratiecodes, zodat hierover tussen partijen geen geschil meer bestaat. Partijen zijn uitsluitend verdeeld over de hoogte van de vergoeding. In dit verband overweegt de commissie als volgt.
- 7.5. Verzoekster heeft een combinatiepolis afgesloten. Feitelijk betreft het een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. Met betrekking tot dit type verzekering is in de toelichting bij artikel 5 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit het volgende opgenomen: *"Polissen die een combinatie maken van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen worden aangeduid als 'combinatiepolis'. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding. Het type 'combinatiepolis' omvat ook polissen die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw maar waarbij, anders dan bij de restitutiepolissen, de vergoeding verdergaand wordt beperkt dan aangegeven in art. 2.2 van het Besluit zorgverzekering"*.
- De hiervoor bedoelde verdergaande beperking is gebaseerd op artikel 13, eerste lid, Zvw. Gelet op dit artikel mag een zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepalen als gebruik wordt gemaakt van niet door hem gecontracteerde zorg. In het onderhavige geval heeft de

ziekttekostenverzekeraar invulling gegeven aan deze bevoegdheid door in artikel 15, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering de wijze waarop hij de hoogte van de vergoeding bepaalt als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder op te nemen. In dit artikel is onder meer geregeld dat als er geen wettelijk maximumtarief geldt, zoals hier aan de orde, de ziektekostenverzekeraar de zorg vergoedt tot maximaal de door hem vastgestelde vergoeding. Anders dan de ziektekostenverzekeraar suggereert, gaat het hierbij niet om het 'marktconforme tarief', waarmee is bedoeld het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten, en waarop artikel 2.2 Bzv ziet. Zoals immers blijkt uit de hiervoor aangehaalde regeling van de NZa, staat artikel 13 Zvw bij dit type polis een verdergaande beperking van de vergoeding toe.

Het is aan de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de door hem voor 2023 bepaalde vergoedingen te verlenen, behorende bij de declaratiecodes 15D658 en 15C892.

- 7.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - aanspraak heeft op volledige vergoeding van kosten, omdat de ziektekostenverzekeraar in vergelijkbare gevallen de kosten van de behandeling eveneens volledig heeft vergoed. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Rechtsongelijkheid is aan de orde als identieke gevallen ongelijk worden behandeld. Dit laatste is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. Uit de door haar overgelegde geanonimiseerde akkoordverklaring blijkt slechts dat de ziektekostenverzekeraar in dat geval vergoeding heeft toegezegd tot maximaal € 13.444,00 GBP voort een operatie in het Verenigd Koninkrijk. Uit deze akkoordverklaring kan niet worden afgeleid dat het een identiek geval betrof. De stelling van verzoekster dat de financiële last zwaar op haar drukt, maakt niet dat de ziektekostenverzekeraar tot een hogere vergoeding is gehouden. Verzoekster wist, toen zij de keuze maakte voor behandeling in het Verenigd Koninkrijk, dat een aanzienlijk bedrag voor haar rekening zou blijven. De gevolgen van die keuze liggen in haar risicosfeer.
- 7.7. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar niet de juiste declaratiecodes heeft gehanteerd, ziet de commissie grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

*Slotsom*

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de vergoeding te verlenen behorende bij de declaratiecodes 15D658 en 15C892, tot maximaal de door hem voor 2023 vastgestelde bedragen, ten laste van de zorgverzekering;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 24 december 2024,

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

- cc) "bijzonder stelsel voor ambtenaren": elk stelsel van sociale zekerheid dat verschilt van het algemeen stelsel van sociale zekerheid dat van toepassing is op werknemers in de betreffende staat en waaraan alle ambtenaren of bepaalde categorieën van ambtenaren rechtstreeks onderworpen zijn;
- dd) "staatloze": de betekenis die daaraan wordt toegekend in artikel 1 van het op 28 september 1954 te New York ondertekende Verdrag betreffende de status van staatlozen;
- ee) "verblijfplaats": de tijdelijke verblijfplaats.

#### ARTIKEL SSC.2

##### Personele werkingssfeer

Dit protocol is van toepassing op personen, met inbegrip van staatlozen en vluchtelingen, op wie de wetgeving van een of meer staten van toepassing is of geweest is, alsmede op hun gezinsleden en hun nabestaanden.

#### ARTIKEL SSC.3

##### Materiële werkingssfeer

1. Dit protocol is van toepassing op de volgende takken van de sociale zekerheid:
  - a) prestaties bij ziekte;

- b) moederschaps- en daarmee gelijkgestelde vaderschapsuitkeringen;
- c) uitkeringen bij invaliditeit;
- d) uitkeringen bij ouderdom;
- e) uitkeringen aan nabestaanden;
- f) prestaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten;
- g) uitkeringen bij overlijden;
- h) uitkeringen bij werkloosheid;
- i) uitkeringen bij vervroegde uittreding.

2. Tenzij in bijlage SSC-6 anders is bepaald, is dit protocol van toepassing op de algemene en bijzondere stelsels voor sociale zekerheid, al dan niet op premie- of bijdragebetaling berustend, alsmede op de stelsels betreffende de verplichtingen van een werkgever of een reder.

3. Titel III laat de wettelijke voorschriften van een staat met betrekking tot de verplichtingen van reders echter onverlet.

4. Dit protocol is niet van toepassing op:

- a) bijzondere, niet op premie- of bijdragebetaling berustende prestaties die worden vermeld in bijlage SSC -1, deel 1;

- b) sociale en medische bijstand;
- c) prestaties in verband waarmee een staat de aansprakelijkheid voor aan personen toegebrachte schade op zich neemt en voorziet in schadeloosstelling, zoals voor slachtoffers van oorlogshandelingen en militair optreden of de gevolgen daarvan; slachtoffers van criminaliteit, moord of terreurdaden; slachtoffers van schade die hun door overheidsdienaren in functie werd toegebracht; of slachtoffers die om politieke of religieuze redenen of vanwege van hun afstamming nadeel werd berokkend;
- d) prestaties bij langdurige zorg die worden vermeld in bijlage SSC-1, deel 2;
- e) diensten voor begeleide voortplanting;
- f) betalingen die verband houden met een in lid 1 vermelde tak van de sociale zekerheid en die:
  - i) worden betaald om de kosten voor verwarming bij koud weer te dekken; en
  - ii) worden vermeld in bijlage SSC-1, deel 3;
- g) gezinsbijslagen.

## ARTIKEL SSC.18

## Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen –

Toestemming om een passende behandeling buiten de staat van de woonplaats te ondergaan

1. Tenzij in dit protocol anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere staat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere staat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dat orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij uit hoofde van die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de staat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op diens gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde staat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
3. De leden 1 en 2 zijn *mutatis mutandis* van toepassing op de gezinsleden van een verzekerde.
4. Indien de gezinsleden van een verzekerde in een andere staat wonen dan de staat waar de verzekerde woont, en die andere staat heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen, worden de kosten van de in lid 2 bedoelde verstrekkingen gedragen door het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden. In dat geval wordt voor de toepassing van lid 1 het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.

---

# Regeling zorgverzekering

## Artikel 2.1

---

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
    - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.



## Artikel 10 Behandeling in het buitenland

### LID 1 ALGEMEEN

Voor vergoedingen van behandeling in het buitenland onderscheiden we:

- verzekerden die wonen in Nederland (zie lid 2 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie lid 3 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een EU-/EER-land of verdragsland (zie lid 4 van dit artikel).

### LID 2 WONEN IN NEDERLAND EN ZORG IN BUITENLAND

Als u in Nederland woont heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg die is geleverd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Op onze website kunt u zien met welke ziekenhuizen in België, Duitsland en Spanje wij een contract hebben gesloten. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

### LID 3 WONEN/VERBLIJVEN IN EEN ANDER EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND EN ZORG IN DAT LAND, NEDERLAND OF ANDER VERDRAGSLAND

In deze situatie heeft u naar keuze recht op:

- a. vergoeding van zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden;
- c. vergoeding van verzekerde zorg door een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

### LID 4 WONEN/VERBLIJVEN IN BUITENLAND, MAAR NIET IN EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND EN ZORG IN HET BUITENLAND

Als u buiten Nederland woont /verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde zorg door een zorgaanbieder buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

### LID 5 VERGOEDING EN MACHTIGING

Als u zorg inroept waarbij u moet worden opgenomen of moet verblijven in een instelling, de zogenoemde intramurale zorg, moet u daarvoor vooraf van ons toestemming hebben gekregen. U heeft geen toestemming van ons nodig wanneer u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat en het om een behandeling gaat waarvoor geen machtiging vereist is zolang het gaat om een behandeling die onder de overeenkomst valt die wij met de zorgaanbieder hebben gesloten. De door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland kan u vertellen voor welke behandeling wel of geen machtiging vereist is en welke behandelingen onder de overeenkomst vallen. Zie daartoe ook onze website: [www.dsw.nl/Consumenten/vergoeding/buitenland/geplande-zorg](http://www.dsw.nl/Consumenten/vergoeding/buitenland/geplande-zorg).

#### *Extra kosten zoals kamersupplementen en honorariumkosten*

Indien u kiest voor verblijf op een eenpersoonskamer kan het ziekenhuis hiervoor extra kosten (kamersupplementen en honorariumkosten) bij u in rekening brengen. Deze extra kosten worden door ons niet vergoed.

#### *Uitzonderingen*

Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet. U moet een spoedopname dan wel binnen 48 uur aan SOS International melden.

Het toestemmingsvereiste geldt tevens niet als u in het buitenland zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg.

#### *Informatie over zorg in het buitenland*

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden, bij voorziene zorg in het buitenland vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan mededelen:

- a. of u verzekerd bent voor die zorg;
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;
- d. of u voor deze zorg bij zorgaanbieders terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

#### **LID 6 BEVOEGDE ZORGAANBIEDER**

Zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die op grond van de wet- en regelgeving van het desbetreffende land bevoegd is de zorg te leveren.

#### **LID 7 VERGOEDING VAN MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG**

Wij zullen medisch noodzakelijk zorg die is geleverd in het buitenland volledig vergoeden als de zorg naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar uw woonland. In de praktijk betreft dit over het algemeen spoedeisende zorg.

## DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

### Artikel 15 Recht op zorg en vergoeding

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

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

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

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

#### LID 2 VERGOEDING BIJ GECONTRACTEERDE ZORG

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

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

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

##### *Wettelijk maximumtarief*

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

##### *Vrije tarieven*

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

##### *Zorgverleners uitgesloten van vergoeding*

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

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

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

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

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

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

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

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

##### *MijnDSW app*

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

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

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

##### *Per post*

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

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

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

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

*Vertaling nota's*

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

*Akte van cessie en verrekening*

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

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

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

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

**LID 6 WACHTLIJSTADVIES**

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

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

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

Bij het aanvragen van een machtiging stuurt u ons:

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

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

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

**LID 8 SPOEDEISENDE ZORG - GEEN 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 9 EXTRA VOORWAARDEN BIJ ZORGVERLENING DOOR FAMILIE**

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

**LID 10 OMZETPLAFOND**

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

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

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



**LID 11 DOORLOPENDE ZAKEN BIJ VERANDERING ZORGVERZEKERAAR**

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

**LID 12 MEDEDELINGEN EN TOEZEGGINGEN**

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

**LID 13 GELDIGHEIDSDUUR**

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

**LID 14 BETALINGEN VAN VERGOEDINGEN**

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

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

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

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

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

## Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

### LID 1 ALGEMEEN

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

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

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

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

#### LID 2.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

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

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

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

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

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

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

#### LID 2.2 VOORWAARDEN

*Algemeen*

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



### *Machtiging*

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

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

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

### *Verwijzing*

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

### *Zorgaanbieder*

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

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

### *Wettelijke maximumtarieven*

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

### *Vrije tarieven*

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

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

### **LID 3.1 TE VERGOEDEN 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 verslakte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
  1. lip-, kaak- of gehemeltespelen;
  2. misvorming van het benig aangezicht;
  3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
  4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
  5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

### **LID 3.2 VOORWAARDEN**

#### *Algemeen*

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die 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      TRANSGENDERZORG**

### **LID 4.1      TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN**

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

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

#### *Passabiliteitsprobleem*

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

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

#### *Uitsluitingen*

De volgende transgenderzorg wordt niet vergoed:

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

### **LID 4.2      VOORWAARDEN**

#### *Algemeen*

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

### *Machtiging*

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

### *Verwijzing*

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

### *Zorgaanbieder*

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

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

### *Vrije tarieven*

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

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

### *Beperkingen*

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

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

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

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

Niet vergoed wordt de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

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

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

#### *Uitsluitingen*

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

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

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

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

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

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
  - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
  - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

---

# 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.

## 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.