

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501156

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brieven van 7 oktober 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 oktober 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Vervolgens heeft verzoekster haar verzoek bij brief van 14 oktober 2025 uitgebreid.
- 1.2. Bij brief van 4 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 december 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. Op 5 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar een bericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 6 februari 2026 aan verzoekster gezonden. Op 24 februari 2026 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 25 februari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 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. Verzoekster heeft zorg afgenomen van het B12 Institute. De kosten hiervan, te weten € 410,--, heeft zij op 14 juni 2025 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Diezelfde dag heeft de ziektekostenverzekeraar schriftelijk aan verzoekster meegedeeld dat ter zake een bedrag van € 187,71 wordt vergoed. Vervolgens heeft verzoekster het resterende bedrag, te weten € 222,29, op 30 juni 2025 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Bij brief van 30 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat € 22,39 wordt nabetaald. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 30 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 2.3. Op 4 september 2025 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor zorg in Londen, Verenigd Koninkrijk. Bij brief van 12 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat in dit verband aanspraak bestaat op vergoeding tot een bedrag van € 206,65. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt uiteengezet en verklaard dat hij een S2-formulier zal opmaken en verstrekken.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:

1. de ziektekostenverzekeraar gehouden is de wijze waarop hij de hoogte van de vergoeding berekent bij niet-gecontracteerde zorg aan te passen conform artikel 13, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet;
2. de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding voor vrije tarieven verplicht is zich bij de Nederlandse Zorgautoriteit te vergewissen van het hoogst gedeclareerde tarief dat is gebruikt voor de berekening van het gemiddelde op OpenDisData;
3. de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor de door het B12 Institute geleverde zorg en de zorg in Londen een hogere vergoeding te verlenen op basis van het hoogste gedeclareerde tarief zoals genoemd onder (2);
4. de ziektekostenverzekeraar en andere zorgverzekeraars gehouden zijn de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg op deze manier te berekenen.

- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 7 oktober 2025 toegelicht dat de door het B12 Institute geleverde zorg is gedeclareerd op grond van DBC-zorgproductcode 039999015 (15C231). Er is hiervoor een bedrag van € 410,- in rekening gebracht. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar een vergoeding verleend van totaal € 250,10. Het onderhavige geschil gaat niet alleen over de hoogte van deze vergoeding, maar tevens over de berekeningsmethode die de ziektekostenverzekeraar toepast voor vrije tarieven bij niet-gecontracteerde zorg. Met zijn huidige berekeningsmethode handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met artikel 13, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. Volgens verzoekster is de ziektekostenverzekeraar gehouden om, bij het ontbreken van door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) vastgestelde tarieven, een objectieve en controleerbare marktmethodete hanteren, zoals bedoeld in artikel 13, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. Daarbij ligt het, gelet op eerdere adviezen van de commissie, voor de hand dat de ziektekostenverzekeraar zich bij de NZa vergewist van het hoogst gedeclareerde tarief dat is gebruikt bij de berekening van het gemiddelde voor OpenDisData en dat dit tarief als uitgangspunt wordt genomen bij de vaststelling van de vergoeding. Artikel 13, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet heeft als doel dat verzekerden vooraf kunnen weten op welke objectieve en toetsbare wijze de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt vastgesteld. Daarnaast heeft de Hoge Raad in zijn arrest van 11 juli 2014 (ECLI:NL:HR:2014:1646) bepaald dat de vergoeding geen ‘feitelijke hinderpaal’ mag vormen om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg. De NZa en de commissie hebben dit nader ingevuld. De vergoeding moet worden vastgesteld op basis van objectieve marktgegevens en niet op basis van interne of willekeurig gekozen verzekeraarstarieven. De huidige berekeningsmethode van de ziektekostenverzekeraar is uitsluitend intern en niet toetsbaar. In het document ‘Vrije tarieven’ op de website van de ziektekostenverzekeraar, schrijft hij dat hij *“het laagste gecontracteerde tarief in het voorgaande jaar als uitgangspunt neemt, daarop een afslag van 5% toepast, en een opslag van 3,05% (OVA).”* Deze methode is problematisch omdat de onderliggende data niet openbaar of controleerbaar zijn, de keuze voor het laagste tarief niet representatief is voor de gehele markt, maar voor de bodem van de uitkomst van de contractonderhandelingen door de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor ligt de berekende vergoeding structureel onder het marktgemiddelde. Uit de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt niet waarom deze berekeningsmethode is gekozen. Hiermee voldoet de

ziektekostenverzekeraar niet aan de verplichting van artikel 13, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. Zijn berekeningsmethode is onvoldoende transparant, objectief en controleerbaar.

Tijdens de klachtbehandeling heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een tweede methode, namelijk de “rechtspraakmethode”, waarbij hij uitgaat van een gewogen gemiddeld tarief van € 333,47 waarop een korting van 25% in rekening wordt gebracht. Hiermee wijkt de ziektekostenverzekeraar af van de voorwaarden van de zorgverzekering en wordt een nieuwe, niet-gepubliceerde berekeningsmethode geïntroduceerd. Ook deze berekeningsmethode is niet controleerbaar. De ziektekostenverzekeraar maakt niet inzichtelijk hoe het bedrag van € 333,47 tot stand is gekomen, en het kortingspercentage wordt niet onderbouwd met objectieve gegevens. In eerdere bindende adviezen (van 4 maart 2020 en 15 december 2021) heeft de commissie vastgesteld dat, bij het ontbreken van vastgestelde NZa-tarieven (vrije tarieven), de zorgverzekeraar zich bij de NZa dient te vergewissen van het *hoogst gedeclareerde tarief* dat is gebruikt bij de berekening van het gemiddelde op OpenDisData, en dit als uitgangspunt dient te hanteren voor het bepalen van de vergoeding. Deze benadering sluit volledig aan bij het doel van artikel 13, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. De berekening is objectief toetsbaar, gebaseerd op feitelijke markttarieven, en dus gelijk voor alle verzekerden in een vergelijkbare situatie (vierde lid). Het feit dat deze uitspraken in eerdere dossiers betrekking hadden op andere zorgvormen (zoals spoedeisende of restitutiezorg) doet niet af aan de algemene toepasbaarheid van de berekeningsmethode voor vrije tarieven.

De vergoeding van de ziektekostenverzekeraar ten bedrage van € 250,10 ligt aanzienlijk onder de huidige marktprijs, namelijk bijna 40% onder het feitelijke marktgemiddelde. Dit vormt een ‘feitelijke hinderpaal’ en is daarmee in strijd met de bedoeling van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet en de jurisprudentie van de commissie.

- 3.3. Bij brief van 15 oktober 2025 heeft verzoekster verklaard dat voor de behandeling in Londen DBC-zorgproductcode 149399035 het meest passend is. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor een vergoeding vastgesteld van € 441,84, terwijl volgens gegevens van de NZa het gemiddeld gedeclareerde tarief op OpenDisData € 640,- bedraagt en het hoogst gedeclareerde tarief, dat de NZa heeft gebruikt bij de berekening van dit gemiddelde, € 1.004,- is.

Uit deze afwijking blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de vergoedingen baseert op intern vastgestelde bedragen, zonder aansluiting te zoeken bij de objectieve marktcijfers van de NZa of daar navraag te doen naar de hoogst gedeclareerde tarieven.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat het gaat om de vraag of de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoeding voldoende inzichtelijk en redelijk is onderbouwd. Volgens verzoekster dient de vergoeding nader en transparant te worden herzien. Zij heeft herhaald dat de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte berekeningsmethode niet controleerbaar is, dat het gebruikte uitgangstarief niet representatief is voor de markt, en dat het gehanteerde tarief daardoor vrijwel zeker kunstmatig laag is, met een substantiële financiële hinderpaal voor de verzekerde tot gevolg. De ziektekostenverzekeraar heeft uitgelegd dat hij zijn gecontracteerde tarieven als uitgangspunt neemt, waarbij hij het “op één na laagste tarief” kiest, als correctie voor uitschieters. Op dit uitgangstarief wordt vervolgens een korting toegepast. De tarieven zijn niet openbaar, niet controleerbaar, niet herleidbaar en niet reproduceerbaar voor verzekerden. Een modelberekening hoort volgens artikel 13, tweede lid, Zorgverzekeringswet inzicht te geven in hoe de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is vastgesteld. Een berekening die is gebaseerd op een interne tarievenlijst, waar een verzekerde geen toegang toe heeft, is per definitie niet inzichtelijk. Er kan niet worden beoordeeld of het uitgangstarief representatief is, hoe breed de onderliggende dataset is, of er uitschieters tussen zitten, of er sprake is van onderinkoop, of het tarief aansluit bij objectieve marktgegevens - zoals de NZa-data - en of de toegepaste korting redelijk is. Hiermee voldoet de toelichting niet aan de zorgvuldigheids- en transparantievereisten.

Voorafgaand aan de overstap heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar per e-mailbericht gevraagd hoe niet-gecontracteerde en buitenlandse zorg wordt vergoed. Op de website van de ziektekostenverzekeraar staat dat bij niet-gecontracteerde zorg wordt vergoed “tot het wettelijk maximumtarief of tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding, geldend in Nederland”. Verzoekster heeft concreet gevraagd wat met deze “door ons vastgestelde vergoeding” wordt bedoeld. De ziektekostenverzekeraar antwoordde dat, indien de NZa geen maximumtarief heeft vastgesteld, zorgverzekeraars zelf een maximumtarief mogen bepalen. Daarmee werd echter geen enkele toelichting gegeven hoe dat laatste maximumtarief wordt vastgesteld. Vervolgens heeft verzoekster doorgevraagd en expliciet verwezen naar bindende adviezen van de commissie waarin, bij het ontbreken van een wettelijk maximumtarief, aansluiting wordt gezocht bij objectieve NZa-gegevens, waaronder het hoogst gedeclareerde tarief dat in de berekening van OpenDisData is betrokken. De ziektekostenverzekeraar heeft daarop uitsluitend geantwoord dat zorgverzekeraars zich aan de bindende adviezen van de commissie dienen te houden. Met dit antwoord heeft de ziektekostenverzekeraar de indruk gewekt de methodiek te volgen die wordt gehanteerd in de eerdere bindende adviezen van de commissie. Hij heeft in zijn antwoord geen concrete berekeningsmethode of uitgangspunten inzichtelijk gemaakt en geen duidelijkheid verschaft over de wijze waarop het door hem vastgestelde maximumtarief tot stand komt. De vooraf gewekte verwachting van vrije zorgkeuze met vergoeding op basis van inzichtelijke en toetsbare maximumtarieven wordt in de praktijk niet waargemaakt. Dit gebrek aan transparantie en motivering is in strijd met de eisen die artikel 13 van de Zorgverzekeringswet stelt aan de vaststelling van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.

Als wordt gekeken naar de nota's, de gemiddelde NZa-tarieven voor het jaar 2025, en het hoogst gedeclareerde tarief van de NZa in het jaar 2024, dan blijkt dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarieven beduidend lager liggen dan de gemiddelde gedeclareerde tarieven in heel Nederland. Dit wijst erop dat kunstmatig lage interne tarieven, die niet representatief zijn, als uitgangspunt zijn genomen.

De vergoeding van de ziektekostenverzekeraar leidt tot een substantiële financiële hinderpaal. In beide gevallen bedraagt de vergoeding namelijk slechts 57–62% van het factuurbedrag. Deze percentages liggen significant onder wat in eerdere bindende adviezen van de commissie als ruim of redelijk werd beschouwd. Door deze lage vergoedingen is er sprake van een feitelijke hinderpaal in de zin van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

Verder heeft verzoekster haar onvrede geuit over de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar in dit geschil en zijn publieke communicatie. Partijen zijn niet meer verdeeld over de van toepassing zijnde DBC-zorgproductcodes. Er zijn op dit punt overigens wel fouten gemaakt door de ziektekostenverzekeraar.

Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij op dit moment in de WIA zit. Zij is afgekeurd vanwege haar ziekte. Tijdens de behandeling in Nederland zijn fouten gemaakt. Zij heeft moeten uitwijken naar het buitenland. Verzoekster is nog steeds onder behandeling en er zullen dus nog meer kosten worden gemaakt.

Volgens verzoekster staat de berekeningsmethode van de ziektekostenverzekeraar verstopt op zijn website. Voorafgaand aan de overstap is de ziektekostenverzekeraar daarover niet duidelijk geweest. Hij had haar daar op kunnen wijzen. Zeker omdat verzoekster ook meerdere e-mailberichten hierover heeft gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft pas in de procedure bij de commissie gereageerd op de bindende adviezen die zij hem heeft voorgehouden. Het is problematisch dat het voor een verzekerde niet duidelijk is welke vergoeding zal worden verleend. Het is belangrijk dat de wijze van berekening helder is. Er zit een verschil in de vergoeding van de ziektekostenverzekeraar en de tarieven van de NZa. Achteraf heeft zij het misschien niet goed geïnterpreteerd, maar het klopt niet helemaal. De ziektekostenverzekeraar heeft de plicht om duidelijkheid te verschaffen. Aan de commissie wordt gevraagd te beoordelen of de wijze van berekening voldoende transparant is.

- 3.5. Bij bericht van 24 februari 2026 heeft verzoekster uitgelegd dat zij met haar opmerking ter zitting: *“Er zit een verschil in de vergoeding van de ziektekostenverzekeraar en de tarieven van de NZa.*

Achteraf heeft zij dit misschien niet goed geïnterpreteerd”, niet doelde op het bestaan van een verschil tussen de NZa-tarieven en de vergoeding van de ziektekostenverzekeraar. Zij doelde op haar interpretatie van het algemene antwoord van de ziektekostenverzekeraar in het e-mailbericht voorafgaand aan de overstap, waarin werd verklaard dat de ziektekostenverzekeraar zich houdt aan de bindende adviezen van de commissie. Verzoekster heeft dit opgevat als een bevestiging dat de berekeningsmethode uit de door haar voorgelegde bindende adviezen zou worden gehanteerd, dat wil zeggen met gebruik van objectieve NZa-marktcijfers. Dat de ziektekostenverzekeraar in zijn beantwoording geen concrete toelichting heeft gegeven op de hiervan afwijkende, door hem daadwerkelijk gehanteerde berekeningsmethode, heeft aan deze interpretatie bijgedragen.

Verder heeft verzoekster toegelicht dat het feit dat toepassing van de ‘nieuwere rekenmethode’ ongunstiger uitvalt, de kern raakt van het bewaar. Hieruit blijkt immers dat de hoogte van de vergoeding afhankelijk is van een interne berekeningswijze die voor een verzekerde niet vooraf kenbaar, controleerbaar of voorspelbaar is. Daarmee voldoet deze methode niet aan de eisen van inzichtelijkheid en gelijke toepassing zoals bedoeld in artikel 13, tweede en vierde lid, van de Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar stelt te werken met een vaste rekenmethode die in een document over “vrije tarieven” op zijn website staat. Het document is echter niet eenvoudig vindbaar op de website en wordt in de voorwaarden van de zorgverzekering nergens genoemd of gelinkt. Voor een verzekerde die de zorgverzekering afsluit of overstapt, is dit document daardoor in de praktijk vooraf niet goed kenbaar. In artikel 15 en artikel 18 lid 2.3 van voorwaarden van de zorgverzekering staat bovendien alleen dat sprake is van “de door ons vastgestelde vergoeding”, zonder enige uitleg hoe die wordt berekend. De wijze van berekening hoort voor verzekerden echter vooraf kenbaar te zijn en onderdeel te zijn van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoekster kon, als verzekerde, op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering vooraf niet goed inschatten hoe de vergoeding zou worden vastgesteld. Om deze reden heeft zij de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de overstap ook benaderd.

Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar zelf heeft aangegeven dat zijn reguliere rekenmethode voor de zorg bij het B12-consult “te ongunstig uitviel” en dat daarom is afgeweken door een vergoeding toe te passen van 75% van het gewogen gemiddelde gecontracteerde tarief. Voor een verzekerde is hierdoor vooraf niet duidelijk welke berekeningsmethode wordt toegepast. Het laat ook zien dat niet steeds dezelfde methode wordt toegepast, dat de uitkomst achteraf wordt aangepast, en dat vooraf niet duidelijk is wanneer wel of niet van de standaardmethode wordt afgeweken. Dit maakt de vergoeding onvoorspelbaar.

Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de NZa zou hebben bevestigd dat de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar voldoende is. Deze stelling is door hem echter niet nader onderbouwd met een schriftelijke bevestiging of een verwijzing naar beleid, waardoor voor verzoekster niet controleerbaar is waarop dit standpunt is gebaseerd. Tegelijkertijd stelt de ziektekostenverzekeraar dat de door de NZa gepubliceerde gemiddelde tarieven niet representatief zouden zijn. Dit is moeilijk te rijmen met het feit dat deze gegevens juist landelijk worden verzameld en gepubliceerd om inzicht te geven in de tarieven. Als deze gemiddelden niet bruikbaar zijn, is voor verzoekster onduidelijk welk objectief referentiekader dan wél wordt gebruikt.

Verder is het opvallend dat andere zorgverzekeraars bij natura- of combinatiepolissen vaak vooraf duidelijk maken welk percentage van welk tarief wordt vergoed. Bij de ziektekostenverzekeraar ontbrak in 2025 zo’n vooraf kenbare uitleg volledig. De vergoeding wordt pas achteraf zichtbaar, op basis van een berekening die voor verzoekster niet inzichtelijk is en bovendien wisselend wordt toegepast. Alles bij elkaar maakt dit dat verzoekster als verzekerde vooraf geen reëel beeld kon krijgen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Daarmee gaat het in deze zaak niet alleen om de hoogte van de vergoeding, maar ook om de vraag of de gehanteerde berekeningsmethode als zodanig voldoende transparant en toetsbaar is.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij, op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, de juiste vergoeding(en) heeft vastgesteld. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 30 juni 2025 toegelicht dat hij voor medisch specialistische zorg met alle ziekenhuizen in Nederland zorgovereenkomsten heeft afgesloten. Dit betekent feitelijk dat zijn verzekerden alleen te maken krijgen met niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg als zij naar het buitenland of een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum gaan. Voor deze niet-gecontracteerde zorg geldt een door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde maximale vergoeding. Deze vergoedingen zijn terug te vinden op zijn website. De vergoedingen die in de lijst op de website zijn opgenomen, zijn gebaseerd op de tarieven die de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders (zowel ziekenhuizen als zelfstandige behandelcentra).
- Bij het vaststellen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gaat de ziektekostenverzekeraar uit van het laagst afgesproken tarief met contracteerde zorgaanbieders in het afgelopen jaar. Dit tarief moet daarbij ook daadwerkelijk zijn gedeclareerd in de afgelopen drie jaren. Daarnaast kijkt de ziektekostenverzekeraar of het verschil tussen het laagste en het een-na-laagste gedeclareerde tarief meer dan twee keer zo groot is als de standaardafwijking van de bandbreedte van de gecontracteerde tarieven. Als dat zo is, neemt de ziektekostenverzekeraar het een-na-laagste tarief als uitgangstarief voor het bepalen van de vergoeding. Op het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde uitgangstarief wordt een korting van 5% toegepast. Tegelijkertijd vindt een opslag plaats van 3,05% ter compensatie van stijgingen van loonkosten (OVA).
- 4.2. De door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarieven liggen een stuk lager dan het door B12 Institute in dit geval gedeclareerde tarief van € 410,-. Daarbij is van belang op te merken dat er met zelfstandige behandelcentra in de regel lagere tarieven worden afgesproken dan met (academische) ziekenhuizen. Dit komt doordat zelfstandige behandelcentra dezelfde medisch specialistische zorg tegen aanzienlijk lagere kosten kunnen leveren dan ziekenhuizen. Hier heeft de ziektekostenverzekeraar rekening mee gehouden bij het vaststellen van de vergoedingen. Uiteindelijk is de ziektekostenverzekeraar gekomen tot een maximale vergoeding voor declaratiecode 15C231 bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor het jaar 2025 van € 187,71.
- 4.3. In de rechtspraak wordt vaker een bepaalde berekeningsmethode toegepast om de vergoeding van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vast te stellen. Als uitgangstarief kan worden gekeken naar het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief. Op dit tarief mag de zorgverzekeraar een generiek (algemeen of vast) kortingspercentage toepassen. Deze korting mag echter geen ‘feitelijke hinderpaal’ voor een gemiddelde verzekerde opleveren. Of de korting een ‘feitelijke hinderpaal’ vormt kan alleen worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In de praktijk betekent dit dat bij dure zorgvormen sprake kan zijn van een ‘feitelijke hinderpaal’. Bij minder dure zorgvormen is hiervan doorgaans geen sprake. In de rechtspraak en door de NZa wordt ervan uitgegaan dat een vergoedingspercentage van 75% van het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief doorgaans niet leidt tot een ‘feitelijke hinderpaal’. Als de ziektekostenverzekeraar de in de rechtspraak toegepaste berekeningsmethode hanteert, komt hij uit op een vergoeding van € 333,47. Met een korting van 25% komt de vergoeding voor de in het B12 Institute genoten zorg uit op € 250,10.
- 4.4. Verzoekster heeft verwezen naar een tweetal bindende adviezen van de commissie. Het bindend advies van 4 maart 2020 gaat over een verzekerde met een restitutiepolis. Bij een restitutiepolis bestaat in beginsel recht op volledige vergoeding, ongeacht of de zorgaanbieder een contract heeft met de zorgverzekeraar. Het in rekening gebrachte tarief mag echter niet excessief zijn. Dit

betekent dat zorgverzekeraars niet verplicht zijn om onredelijk hoge rekeningen te vergoeden. Ondanks dat verzekerde in deze zaak in beginsel recht had op volledige vergoeding, is een gedeeltelijke vergoeding toegekend. De in het bindend advies toegepaste berekeningsmethode is gebruikt om te bepalen of de vergoeding die verzekerde had ontvangen marktconform was, aangezien geen volledige vergoeding werd toegekend. In het bindend advies van 15 december 2021 gaat het om een verzekerde waarbij sprake is van spoedeisende zorg. Bij spoedeisende zorg bestaat aanspraak op 100% van het maximumtarief dat is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg, of - bij het ontbreken van een dergelijk tarief - van het maximaal in Nederland geldende marktconforme tarief. Ook in deze zaak heeft verzekerde een gedeeltelijke vergoeding gekregen. De toegepaste berekeningsmethode is ook in dit bindend advies gebruikt om te bepalen of de vergoeding die verzekerde had ontvangen marktconform was, aangezien geen volledige vergoeding werd toegekend.

In het geval van verzoekster is sprake van een combinatiewaardering en van planbare zorg. Hierbij bestaat geen recht op volledige vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Verzoekster heeft aanspraak op een door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoeding. De berekeningsmethode die in de door verzoekster genoemde bindende adviezen wordt gehanteerd, is in haar situatie niet van toepassing.

- 4.5. Bij brief van 13 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de door hem genoemde declaratiecode 15C868 niet van toepassing is in de situatie van verzoekster. De juiste declaratiecode is 15C858. Hiervoor vergoedt de ziektekostenverzekeraar maximaal € 441,84. Het eerder genoemde bedrag van € 206,65 is daarom onjuist. Bovendien had de ziektekostenverzekeraar na ontvangst van de aanvraag voor de behandeling in Londen geen brief met een te vergoeden bedrag, maar een S2-formulier moeten verstrekken. Indien een verzekerde met een Nederlandse zorgverzekering geplande zorg in een ander EU/EER-land, Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk wil ondergaan, dient hiervoor vooraf toestemming aan de ziektekostenverzekeraar te worden gevraagd. De ziektekostenverzekeraar toetst vervolgens of sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt en of deze zorg tijdig beschikbaar is in Nederland. Indien de ziektekostenverzekeraar toestemming verleent voor de zorg in het buitenland, wordt een S2-formulier verstrekt aan de verzekerde. Dit formulier dient de verzekerde mee te nemen naar de zorgaanbieder in het buitenland. Met het formulier worden de kosten van de geplande zorg vergoed volgens de tarieven van het behandelland. Een verzekerde hoeft alleen de eventuele eigen bijdragen te betalen die in het behandelland gelden voor deze zorg.
- 4.6. Bij brief van 4 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de gedeclareerde consulten van het B12 Institute zorg betreffen zoals medisch specialisten die plenen te bieden, oftewel medisch specialistische zorg. Voor de vergoeding van medisch-specialistische zorg bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders hanteert de ziektekostenverzekeraar, zoals eerder is vermeld, een vastgestelde vergoeding. Dit is in lijn met artikel 15 en artikel 18, tweede lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat voor sommige vormen van zorg 100% wordt vergoed tot aan wettelijke maximumtarieven of het marktconforme tarief bij restitutievergoeding en voor sommige vormen van zorg tot aan de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoeding bij een naturavergoeding. Bij de artikelen over de specifieke vormen van zorg staat vermeld welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar bij die vorm van zorg hanteert. In het geval van medisch-specialistische zorg - waar de nota's van het B12 Institute onder vallen - hanteert de ziektekostenverzekeraar (bij vrije tarieven, zoals hier aan de orde) een door hem vastgestelde vergoeding. Dit staat in artikel 18, tweede lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering, dat specifiek over de vergoeding van medisch-specialistische zorg gaat. De precieze bedragen per prestatiecode zijn gepubliceerd op de website van de ziektekostenverzekeraar. Daar staat ook de door hem gehanteerde berekeningsmethode toegelicht. Omdat toepassing van de reguliere berekeningsmethode bij de door verzoekster gedeclareerde code te ongunstig uitviel, heeft de ziektekostenverzekeraar een hogere vergoeding gehanteerd. Die

vergoeding is gebaseerd op 75% van het gewogen gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit heeft geleid tot een hoger bedrag.

De rechtspraak heeft geen beperkende regels opgelegd over hoe een zorgverzekeraar een (natura)vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg moet berekenen. Dat is aan de zorgverzekeraar zelf, zolang de uitkomst van de berekening maar geen ‘feitelijke hinderpaal’ oplevert. In het onderhavige geval is daarvan geen sprake.

Ten aanzien van de vergoeding van de aangevraagde medisch-specialistische zorg in Londen hanteert de ziektekostenverzekeraar dezelfde berekeningsmethode. Het betreft niet-spoedeisende medisch-specialistische zorg in het buitenland. Zoals uit artikel 10, eerste lid, onder c, van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt, geldt voor een nota van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland (bij planbare zorg en indien een S2-formulier niet tot de mogelijkheden behoort) dezelfde vergoeding als wanneer de verzekerde in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. In dit geval gaat het dan over de vergoeding voor niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg. De berekeningsmethode is derhalve hetzelfde als eerder beschreven ten aanzien van de vergoeding van de consulten bij het B12 Institute.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij op 13 oktober 2025 een S2-formulier heeft verstrekt. In reactie hierop heeft verzoekster verklaard dat de zorgaanbieder in Londen het formulier niet accepteert omdat het een privékliniek betreft. Tarifieren is om deze reden ook niet mogelijk.

- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een naturapolis is afgesloten. Hierbij bestaat in de eerste plaats aanspraak op bepaalde zorg of een andere dienst. Bij een naturapolis is er voor de zorgverzekeraar een zorgplicht om een verzekerde te voorzien van de zorg die nodig is. De zorgplicht houdt ook in dat een verzekeraar hiertoe voldoende zorg inkoop en overeenkomsten met zorgaanbieders sluit. Bij een naturapolis is het uitdrukkelijk de bedoeling dat een verzekerde zich wendt tot een gecontracteerde zorgaanbieder. Juist door middel van contracten kan een zorgverzekeraar invloed uitoefenen op de prijs en de kwaliteit van de zorg. Een verzekerde moet weliswaar de vrijheid behouden om te kiezen voor niet-gecontracteerde zorg, maar een zorgverzekeraar is ook vrij om te kiezen met welke zorgaanbieders hij contracteert, mits er voldoende gecontracteerde zorg beschikbaar is. Verder geldt dat zorgaanbieders niet verplicht zijn contracten te sluiten met zorgverzekeraars. Als een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, gelden andere voorwaarden voor vergoeding. Neemt een verzekerde zorg af bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft de verzekerde op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding voor de zorg of andere dienst. De Hoge Raad heeft in een arrest uit 2019 nog opgemerkt dat een zorgverzekeraar een grote mate van vrijheid heeft om de hoogte van de vergoeding te bepalen en daarmee ook in concurrentie te treden, zolang daarbij niet in strijd wordt gehandeld met het hinderpaalcriterium en hij voor alle verzekerden dezelfde berekeningswijze hanteert. In hetzelfde arrest wordt nog opgemerkt dat het stelsel berust op het uitgangspunt dat het niet volledig vergoeden van niet-gecontracteerde zorg dient als prikkel om te kiezen voor een restitutiepolis of gecontracteerde zorgaanbieders. Bij de berekening van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij een naturapolis wordt niet het marktconforme tarief als uitgangspunt genomen, maar het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief. Van belang is ook dat moet worden opgemerkt dat bij de toepassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet wordt uitgegaan van de gemiddelde zorggebruiker. Voor de zorg bij het B12 Institute gelden vrije tarieven. Omdat hiervoor geen wettelijk maximum is vastgesteld mag de zorgverzekeraar de maximale vergoeding bepalen. Hierbij wordt de methodiek gebruikt zoals beschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering en op de website van de ziektekostenverzekeraar. Die methodiek is als volgt. Er wordt een uitgangstarief vastgesteld. Daarbij wordt gekeken naar wat het laagste daadwerkelijke tarief is dat is gedeclareerd in de afgelopen drie jaar. Vervolgens wordt het verschil met het op een na laagste tarief getoetst aan de standaard afwijkingen van de bandbreedte. Daarna volgt een korting van 5 procent en een toeslag van 3,05 procent. De 3,05 procent wordt erbij genomen

omdat wordt gekeken naar de tarieven van het voorgaande jaar. In het onderhavige geval is voor de vergoeding van de zorg door het B12 Institute gekozen voor een vergoeding van 75% van het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief. Een dergelijke vergoeding wordt door de rechtspraak en de toezichthouders beschouwd als een billijke vergoeding. De hoogte van de vergoeding voor de zorg in Londen is vastgesteld op basis van de eerder beschreven methodiek.

De interne tarievenlijsten zijn concurrentiegevoelig en worden daarom niet gedeeld. Het is van belang dat anderen niet op de hoogte zijn van de afspraken die zijn gemaakt met bepaalde zorgaanbieders. Er moet voor zorgaanbieders een prikkel blijven bestaan om te contracteren met verzekeraars. Contracteren moet voordelen hebben.

De wijze van berekening van de vergoeding is wel vooraf gecommuniceerd met de verzekerden, namelijk via de voorwaarden van de zorgverzekering en op de website. Hiermee is de wijze van berekening opgenomen in de modelovereenkomst, zoals de Zorgverzekeringswet vereist.

De vergoeding van de ziektekostenverzekeraar is gebaseerd op wat in Nederland wordt betaald voor de zorg of andere dienst. De buitenlandse tarieven of de tarieven van niet-gecontracteerde zorgaanbieders in Nederland kunnen hoger liggen. Dit betekent niet automatisch dat de vergoeding onredelijk is. Verzoekster is vrij om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, maar de meerprijs komt dan voor haar rekening.

Het S2-formulier is blijkbaar niet overgelegd, maar dit zou ook niet zinvol zijn geweest, omdat de zorgaanbieder het niet accepteert. Ook tariferen heeft om die reden geen zin. De vergoeding moet worden bepaald op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar erkent dat er onjuistheden zijn opgetreden bij het vaststellen van de DBC-zorgproductcode en biedt daarvoor zijn excuses aan. Ten aanzien van de NZa-tarieven geldt dat het onder meer gaat over OpenDisData. Dit betreft data die de NZa heeft verzameld en daarbij gaat het om de hoogste tarieven. Lagere tarieven zijn hierin niet meegenomen het is ook niet duidelijk of de hoogste tarieven ooit zijn vergoed. De NZa-tarieven betreffen dus geen gemiddelde en de uitschieters naar boven en beneden zijn niet inzichtelijk.

- 4.8. Bij bericht van 5 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de nabetaling inzake de zorg bij het B12 Institute per abuis niet volledig is geweest. Inmiddels is een aanvullende betaling van € 40,-- gedaan.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar onderzocht of het toepassen van een andere berekeningsmethode (te weten 75% van het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief) verschil maakt in de kwestie van de consulten bij de Engelse kliniek. Het blijkt inderdaad verschil te maken, maar juist in het nadeel van verzoekster. Voor 2025 zou 75% van het gewogen gemiddeld gecontracteerd tarief uitkomen op € 386,33 in plaats van de nu vergoede € 441,84. Sterker nog, voor dit jaar zou bij toepassing van dezelfde DBC met de voornoemde nieuwe berekeningsmethode een lager bedrag dan in 2025 worden uitgekeerd, te weten € 385,89. Dit bedrag is overigens ook op de website van de ziektekostenverzekeraar terug te vinden.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepalingen uit het Protocol on Social Security Coordination en de Regeling

informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 6.2. De commissie constateert dat het geschil in de kern gaat over de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar de hoogte van de vergoeding berekent als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland of daarbuiten. In dit verband heeft verzoekster twee kwesties aan de commissie voorgelegd, namelijk over de vergoeding van de kosten van een behandeling bij het B12 Institute en van een medisch specialistische behandeling in Londen. De commissie zal bij haar beoordeling eerst ingaan op de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde berekeningsmethode. Vervolgens zal aandacht worden besteed aan de (hoogte van de) vergoeding voor de zorg bij het B12 Institute en de zorg in Londen.

Berekeningsmethode

- 6.3. De commissie stelt in dit verband vast dat de ziektekostenverzekeraar verschillende verklaringen heeft afgelegd over de aard van de zorgverzekering, in die zin dat het zou gaan om een restitutiepolis met deels natura-aanspraken onderscheidenlijk een naturapolis zonder meer. De commissie houdt het ervoor dat de door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten zorgverzekering een bijzonder soort combinatiepolis betreft, namelijk 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-027 van de NZa 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.
- 6.4. Artikel 13, eerste lid, Zvw bepaalt dat 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, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten. In het tweede lid van genoemd artikel is bepaald dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.
- 6.5. Artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft betrekking op de vergoeding bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
*“Vrije tarieven
 Als de Nederlandse Zorgautoriteit geen maximumtarief heeft vastgesteld voor een bepaalde vorm van zorg, spreken wij van ‘vrije tarieven’. In het geval van vrije tarieven 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. In artikel 16 tot en met 43 staat per verstrekking vermeld hoe hoog de vergoeding is van vrije tarieven bij niet-gecontracteerde zorg. U vindt alle vergoedingen ook op onze website.”*

In artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering – welke bepaling ziet op medisch-specialistische zorg, zoals hier aan de orde - is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“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.”

De door de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig vastgestelde vergoedingen zijn te vinden in het document ‘Vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2025 Vrije tarieven’, dat raadpleegbaar is via zijn website. Hierin is ten aanzien van de totstandkoming van deze vergoedingen het volgende opgenomen:

“UITGANGSTARIEF

De basis van onze berekening is het laagste door ons afgesproken tarief met gecontracteerde zorgaanbieders in het afgelopen jaar. Dit tarief moet daarbij ook daadwerkelijk zijn gedeclareerd in de afgelopen drie jaar. Daarnaast kijken we of het verschil tussen het laagste en een-na-laagste gedeclareerde tarief meer dan twee keer zo groot is als de standaardafwijking van de bandbreedte van de gecontracteerde tarieven. Als dat zo is, nemen wij het een-na-laagste tarief als uitgangstarief[.]

CORRECTIE

Op het door ons vastgestelde uitgangstarief wordt een afslag van 5% toegepast. Tegelijkertijd vindt een opslag plaats van 3,05% ter compensatie van stijgingen van loonkosten (OVA).”

- 6.6. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat van schending van artikel 13, tweede lid, Zvw, zoals door verzoekster gesteld, geen sprake is. De ziektekostenverzekeraar heeft de wijze van berekening van de vergoeding bij zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders opgenomen in het document ‘Vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2025 Vrije tarieven’, dat deel uitmaakt van de modelovereenkomst. Hierdoor is voor een verzekerde die overweegt gebruik te gaan maken van niet-gecontracteerde zorg op voorhand duidelijk welke vergoeding exact van toepassing is. Zoals blijkt uit de jurisprudentie van de Hoge Raad over het ‘hinderpaalcriterium’ (ECLI:NL:HR:2022:1789, r.o. 3.6.3 e.v.) is dát het bepalende element. Hiervoor hoeft de verzekerde geen kennis te hebben van de onderliggende data.

De commissie overweegt verder dat een zorgverzekeraar – in het kader van het vaststellen van de vergoeding op grond van artikel 13, eerste lid, Zvw, ervoor kan kiezen deze te baseren op het gemiddeld gecontracteerde tarief. Uit de jurisprudentie volgt dat in dat geval moet worden uitgegaan van het *gewogen* gemiddeld gecontracteerde tarief. Maar een zorgverzekeraar kan ook de keuze maken de kosten te vergoeden op basis van het marktconforme tarief. In dat geval is artikel 2.2 Bzv van toepassing en komt de door de commissie bepaalde berekeningsmethodiek aan de hand van OpenDisData aan de orde. Blijkens de verzekeringsvoorwaarden heeft de ziektekostenverzekeraar echter het een noch het ander gedaan, zodat de verwijzingen, door verzoekster, naar OpenDisData en eerdere bindende adviezen van de commissie (SKGZ 201901150 en SKGZ202002537) geen doel treffen.

Hiermee liggen de eerste twee onderdelen van het verzoek, zoals beschreven in 3.1. onder (1) en (2), voor afwijzing gereed.

Voor het laatste onderdeel van het verzoek, zoals beschreven in 3.1, onder (4), geldt dat de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg afhankelijk is van het type polis onderscheidenlijk – bij andere combinatiepolissen dan de onderhavige – de wijze waarop de specifieke aanspraak vorm heeft gekregen (d.w.z. natura of restitutie), en de door de zorgverzekeraar op grond van artikel 13, tweede lid, Zvw vastgestelde vergoeding, zodat hierover geen algemeen toepasselijke uitspraak kan worden gedaan. Daartoe leent het bindend advies zich bovendien niet, omdat hierin alleen de rechtsverhouding tussen de betrokken partijen wordt vastgesteld, in dit geval tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar.

Kosten B12 Institute

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat volgens de voorwaarden van de zorgverzekering voor de behandeling bij het B12 Institute aanspraak bestaat op een vergoeding van € 187,71 op grond van declaratiecode 15C231. Verzoekster heeft de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde declaratiecode niet bestreden, zodat de hoogte van de vergoeding aan de hand hiervan kan worden bepaald.
- De commissie overweegt dat uit het document ‘Vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2025 Vrije tarieven’ blijkt dat bij declaratiecode 15C231 een vergoeding hoort van € 187,71, zoals aanvankelijk door de ziektekostenverzekeraar toegezegd. Naar de commissie begrijpt is dit het ‘historische tarief’ van het voorgaande jaar, waarop een korting van 5% is toegepast en een correctie voor inflatie van 3,05%. De vraag die moet worden beantwoord, is of het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde kortingspercentage van 5% een ‘feitelijke hinderpaal’ vormt.
- 6.8. De Hoge Raad heeft bepaald dat het zorgverzekeraars in beginsel is toegestaan om een generiek kortingspercentage toe te passen op het 'uitgangstarief' voor de berekening van de vergoeding ingevolge artikel 13, eerste lid, Zvw. In voorkomende gevallen kan de vergoeding na toepassing van een dergelijke korting voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een 'feitelijke hinderpaal' opleveren. Of dit het geval is, moet worden beoordeeld aan de hand van concrete feiten en omstandigheden (ECLI:NL:HR:2022:1789).
- Door de ziektekostenverzekeraar wordt, als gezegd, op het 'uitgangstarief' een korting van 5% toegepast. De commissie is van oordeel dat een zodanige korting noch in procentuele vorm noch in reële termen voor de gemiddelde zorggebruiker kan worden beschouwd als een 'feitelijke hinderpaal'. Dat de vergoeding, zoals door verzoekster overigens zonder onderbouwing is gesteld, bijna 40% onder het 'feitelijk marktgemiddelde' ligt, maakt dit niet anders. Het 'feitelijk marktgemiddelde' is in dit verband namelijk niet relevant. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan het bedrag van € 187,71 voor behandeling door het B12 Institute. Dat de ziektekostenverzekeraar er om hem moverende redenen voor heeft gekozen op basis van een andere berekeningsmethodiek (gewogen gemiddeld gecontracteerd tarief minus 25%) een hogere vergoeding te verlenen – naar de commissie begrijpt van € 250,10 – maakt het voorgaande niet anders en dit geldt evenzeer voor hetgeen eerder is overwogen ten aanzien van de door hem normaliter toegepaste en in de verzekeringsvoorwaarden uitgeschreven berekeningsmethode.

Zorg in het Verenigd Koninkrijk

- 6.9. Verzoekster heeft indertijd een aanvraag ingediend voor een behandeling in Londen. Het Verenigd Koninkrijk is geen lidstaat van de Europese Unie meer zodat de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 niet langer toepassing vinden. 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 de 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 hierbij nog op dat het niet de bedoeling van het protocol is om het verzekerde pakket uit te breiden.

- 6.10. De commissie stelt vast dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling om toestemming heeft gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft (alsnog) een S2-formulier verstrekt. Op basis van dit formulier kan de Britse zorgaanbieder de kosten van de behandeling rechtstreeks declareren bij het uitvoeringsorgaan van de Britse sociale ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat het formulier door de Britse zorgaanbieder is geweigerd omdat het hier een privékliniek betreft. Verzoekster heeft bevestigd dat de zorgaanbieder het formulier niet accepteert. De commissie maakt hieruit op dat onder de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering geen dekking bestaat voor de kosten van zorg, geleverd door de Britse zorgaanbieder. Hiervan uitgaande wordt aan de mogelijkheden, genoemd in artikel SSCI.23, zesde lid, niet toegekomen. Indien kosten voor rekening van de verzekerde blijven, bepaalt artikel SSCI.23, zevende lid, dat aanspraak bestaat volgens de wettelijke ziektekostenverzekering van de bevoegde lidstaat, in de onderhavige situatie betreft het dan de zorgverzekering. Met betrekking daartoe overweegt de commissie als volgt.
- 6.11. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat voor de zorg in het Verenigd Koninkrijk declaratiecode 15C858 (*Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij een aandoening van baarmoeder/eierstok/eileider*) van toepassing is. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat partijen niet meer verdeeld zijn over de van toepassing zijnde declaratiecode. De commissie gaat daarom ervan uit dat de hoogte van de vergoeding moet worden bepaald aan de hand van declaratiecode 15C858. Uit het document 'Vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2025 Vrije tarieven' blijkt dat bij declaratiecode 15C858 een tarief hoort van € 441,84. Naar de commissie begrijpt is dit het 'historische tarief' van het voorgaande jaar, waarop een korting van 5% is toegepast en een correctie voor inflatie van 3,05%. De vraag die moet worden beantwoord, is of het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde kortingspercentage van 5% een 'feitelijke hinderpaal' vormt. Onder verwijzing naar hetgeen is overwogen onder 6.8. stelt de commissie vast dat de toegepaste korting noch in percentuele vorm noch in reële termen een 'feitelijke hinderpaal' oplevert voor de gemiddelde zorggebruiker. Verzoekster heeft op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding voor de zorg in het Verenigd Koninkrijk. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat toepassing van de alternatieve berekeningsmethode (gewogen gemiddeld gecontracteerd tarief minus 25%) leidt tot een lager te vergoeden bedrag neemt de commissie voor kennisgeving aan. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat ook onderdeel (3) van het verzoek zoals beschreven onder 3.1., zowel ten aanzien van de kosten van het B12 Institute als de zorg in het Verenigd Koninkrijk, moet worden afgewezen.

Slotsom

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 maart 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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 er 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.

ARTICLE SSCI.25

Contributions by pensioners

If a person receives a pension from more than one State, the amount of contributions deducted from all the pensions paid shall, under no circumstances, be greater than the amount deducted in respect of a person who receives the same amount of pension from the competent State.

ARTICLE SSCI.26

Special implementing measures

1. When a person or a group of persons are exempted upon request from compulsory sickness insurance and such persons are thus not covered by a sickness insurance scheme to which this Protocol applies, the institution of a State shall not, solely because of this exemption, become responsible for bearing the costs of benefits in kind or in cash provided to such persons or to a member of their family under Articles SSC.15 to SSC.30 of this Protocol.
2. When the persons referred to in paragraph 1 and the members of their families reside in a State where the right to receive benefits in kind is not subject to conditions of insurance, or of activity as an employed or self-employed person, they shall be liable to pay the full costs of benefits in kind provided in their State of residence.

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.

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.

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 gehemeltespelen, misvormingen

- van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

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

De Nederlandse Zorgautoriteit stelt voor een aantal vormen van zorg maximumtarieven vast. Dit noemen wij de wettelijke maximumtarieven (of Wmg-tarieven). In artikel 16 tot en met 43 is per vorm van zorg aangegeven of wij de zorg tot maximaal 100% van het wettelijk maximumtarief vergoeden of dat er een lagere vergoeding geldt. U vindt alle vergoedingen ook op onze website.

Vrije tarieven

Als de Nederlandse Zorgautoriteit geen maximumtarief heeft vastgesteld voor een bepaalde vorm van zorg, spreken wij van 'vrije tarieven'. In het geval van vrije tarieven 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. In artikel 16 tot en met 43 staat per verstrekking vermeld hoe hoog de vergoeding is van vrije tarieven bij niet-gecontracteerde zorg. U vindt alle vergoedingen ook op onze website.

Verzoek om heroverweging

Als u vindt dat de door ons vastgestelde vergoeding van niet-gecontracteerde zorg u belemmert bij het vinden van een geschikte zorgverlener, bijvoorbeeld omdat u de zorg niet kunt betalen, kunt u bij ons een verzoek om heroverweging indienen en vragen om een hogere vergoeding. U moet daarbij dan aangeven waarom de door ons vastgestelde vergoeding uw keuze voor een zorgverlener verhindert. Wij zullen dan een beslissing nemen waarbij wij de omstandigheden van de situatie zullen meewegen, zoals de hoogte van de kosten en de soort zorg. Zie voor het indienen van een verzoek om heroverweging ook artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

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

Kosten van zorg kunnen rechtstreeks door gecontracteerde zorgaanbieders bij ons worden gedeclareerd. Nota's van niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u bij ons indienen. Wij betalen deze nota's dan aan u.

De gecontracteerde zorgaanbieder.

Wij vergoeden de nota dan aan hen volgens het met de zorgaanbieder afgesproken 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 niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De niet-gecontracteerde zorgaanbieder stuurt de nota naar u en u declareert de nota bij ons. 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 www.dsw.nl en per post. U kunt deze vordering niet aan derden overdragen (cessie). Dit betekent dat wij de vergoeding waar u recht op heeft aan u overmaken op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. U kunt een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen. Dit noemen wij een cessieverbod en betreft een beding zoals bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

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 om 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.

Verrekening

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg.

Wij mogen de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie, eigen bijbetalingen of eigen risico, of openstaande vorderingen 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 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 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. 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 16 Huisartsenzorg

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en die in overeenstemming is met de door de NZa vastgestelde beleidsregels voor huisartsenzorg.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

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

Verwijzing

Voor zorg die niet spoedeisend is en wordt uitgevoerd door een andere arts dan de huisarts waar u staat ingeschreven (of zijn waarnemer), heeft u een verwijzing nodig van de huisarts waar u staat ingeschreven.

Specifieke vormen van huisartsenzorg

Voor sommige vormen van huisartsenzorg gelden andere of extra voorwaarden. Het gaat hierbij om:

- a. Eerstelijnsverblijf (zie artikel 17b);
- b. Eerstelijnsdiagnostiek (zie artikel 21);
- c. Ketenzorg (zie artikel 22);
- d. Stoppen-met-Roken (zie artikel 39);
- e. Voetzorg (artikel 40);
- f. Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) (zie artikel 42).

Uitsluitingen

Indien u bent opgenomen in een Wlz-instelling op basis van verblijf met behandeling, wordt eventuele aan u te leveren huisartsenzorg gefinancierd door de Wlz-instelling en loopt dit niet via uw zorgverzekering.

LID 3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg tot maximaal 80% van het wettelijke maximumtarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 17c Verblijf op medische indicatie na CAR-T-celtherapie

LID 1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden verblijf na CAR-T-celtherapie. Het gaat daarbij om vergoeding voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

De verblijfsvergoeding bedraagt maximaal € 91,- per nacht in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn. Daarvan kan onder meer sprake zijn als een verblijf op een reisafstand van meer dan 60 minuten van het behandelende expertziekenhuis om medische redenen niet verantwoord is. De afstand wordt berekend per enkele reis op basis van de snelste route van het huisadres naar het expertziekenhuis, geen rekening houdend met actueel verkeer.

Er dient een mantelzorger 24 uur per verblijfsdag aanwezig te zijn die toezicht over u kan houden.

Duur

Het gaat om verblijf in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis. De eerste twee weken na behandeling verblijft u, gezien de kans op complicaties, in het expertziekenhuis.

Artikel 18 Medisch-specialistische zorg

LID 1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Onder de medisch- specialistische zorg onderscheiden we in deze polisvoorwaarden:

- a. medisch -specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- c. Transgenderzorg (zie lid 4).

Voor de volgende vormen van medisch -specialistische zorg gelden aanvullende voorwaarden:

- a. Medisch-specialistische Revalidatie (zie artikel 23);
- b. Mondzorg geleverd door een kaakchirurg (zie artikel 33);
- c. Curatieve GGZ (zie artikel 37);
- d. Sportgeneeskunde (zie artikel 41).

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

Wij vergoeden een opname in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (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.

Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door of onder directe aansturing van 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 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.

Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, physician assistent (werkzaam in de medisch-specialistische zorg) of verpleegkundig specialist (werkzaam in de medisch-specialistische zorg).

In enkele specifieke gevallen volstaat verwijzing door andere zorgverleners, namelijk van een:

- a. Jeugdarts conform het protocol van de beroepsgroep jeugdartsen;
- b. Bedrijfsarts in geval van arbeidsgerelateerde aandoeningen;
- c. Verloskundige in geval zwangerschap of bevalling en uitsluitend naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen post partum of naar de KNO-arts voor het klieven van het tongriempje;
- d. Tandarts / orthodontist naar de kaakchirurg;
- e. GGD-arts voor aanvragen laboratoriumdiagnostiek in verband met infectieziektebestrijding (IZB) of tuberculose (TBC);
- f. GGD-arts voor doorverwijzen in geval van TBC of een SOA;
- g. Klinisch fysicus audioloog naar de KNO-arts;
- h. Klinisch technoloog naar de KNO-arts;
- i. Triage-audicien naar de KNO-arts;
- j. Optometrist/orthoptist naar de oogarts;
- k. RIVM-arts naar de kinderarts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door of onder supervisie van 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. Voor kaakchirurgie gelden andere voorwaarden, zie hierover artikel 33 lid 4.3 van deze polisvoorwaarden.

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 ZORGCOSTEN BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

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 verslachte 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 gehemeltaspleten;
 - 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 TRANSGENDERZORG

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 adamsappelreductie, 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 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 daaropvolgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap, nadat er drie pogingen zijn geëindigd. Een poging telt mee indien er sprake is geweest van een geslaagde follikelpunctie. De terugplaatsing van bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een poging eindigt:

- Op het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, of
- indien de implantatie van de gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

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 van (overgebleven) cryo-embryo's 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, tenzij er sprake is van een gonadotoxische behandeling;
- c. sterilisatiebehandelingen;
- d. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.
- e. vruchtbaarheidsbehandelingen met een niet-medische indicatie. U kunt mogelijk wel in aanmerking komen voor financiering vanuit de subsidieregeling Kunstmatige Inseminatie met Donor semen, die door de minister voor Medische Zorg en Sport is opgesteld. Deze subsidieregeling maakt geen deel uit van uw zorgverzekering, maar wordt uitgevoerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

LID 6 UITSLUITINGEN MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

- a. behandeling van verlamde of 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. 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 met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder cranio-synostose;
- i. 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.