Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600246

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde.

en

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

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij brief van 9 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 12 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 mei 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.4. Op 30 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan verzoekster gestuurd. Bij bericht van 13 juli 2026 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 14 juli 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

1.5. Op 8 september 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld te reageren. Op 14 september 2026 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 16 september 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzekerde 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).

2.2. Verzekerde is in de periode van 17 december 2025 tot en met 29 december 2025 in Egypte verbleven. Tijdens dit verblijf heeft verzekerde zorg genoten, namelijk op 28 en 29 december 2025.

De kosten hiervan, te weten totaal € 1.774,23, zijn op 30 december 2025 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

2.3. Bij brief van 21 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 9 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat voor de door verzekerde in Egypte genoten zorg een bedrag van € 519,17 wordt vergoed.

2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar opnieuw om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 9 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzekerde in Egypte genoten zorg volledig te vergoeden.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 9 februari 2026, toegelicht dat verzekerde tijdens zijn verblijf in Egypte acuut ernstig ziek werd. Hij had hoge koorts, aanhoudende diarree, gaf over, had buikpijn en vertoonde duidelijke uitdrogingsverschijnselen. Na verergering van de klachten is op medische indicatie direct een arts ingeschakeld. De diagnose luidde: acute gastro-enteritis met dehydratie. Er is bij verzekerde lichamelijk onderzoek verricht en aanvullend laboratoriumonderzoek uitgevoerd, intraveneuze rehydratie gestart, medicatie toegediend, en medische follow-up toegepast. Deze zorg was spoedeisend en medisch noodzakelijk.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Hij heeft de vergoeding ten onrechte gemaximeerd tot het Nederlandse tarief op basis van declaratiecode 14E013 en weigert het resterende bedrag te vergoeden. Het betrof evenwel spoedeisende zorg voor een minderjarig kind in het buitenland. In deze situatie bestond geen keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieder, tarief of behandelsetting. De zorg is verleend op basis van een medische noodzaak en onder acute omstandigheden. Het hanteren van een Nederlands referentietarief bij spoedeisende zorg in het buitenland acht verzoekster onjuist en onredelijk. De Zorgverzekeringswet verplicht niet tot maximering tot de Nederlandse tarieven als verzekerden geen invloed hebben gehad op de gemaakte kosten.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende gemotiveerd op welke wettelijke bepaling de maximering is gebaseerd, waarom er geen redelijkheidstoets is toegepast op de daadwerkelijke gemaakte kosten, en waarom spoed, minderjarigheid en het ontbreken van keuzevrijheid niet leiden tot volledige vergoeding.
Verder heeft verzoekster herhaald dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende rekening heeft gehouden met de omstandigheden van spoedeisende zorg in het buitenland.

3.5. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat eerst twee dagen is gewacht. Uiteindelijk is er toch hulp ingeschakeld. Hier stond een flinke rekening tegenover. De Egyptische dokter gaf aan dat de kosten gelijk waren aan de Nederlandse tarieven. De verwachting was daarom ook dat de kosten volledig zouden worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Echter, de aanvraag werd in eerste instantie afgewezen. Uiteindelijk zijn de kosten slechts gedeeltelijk vergoed.
Het is de vraag of de aanvraag naar redelijkheid is beoordeeld, gelet op de omstandigheden van het geval. Er was geen keuzevrijheid om naar een bepaald ziekenhuis te gaan. Het ging om een ernstig zieke minderjarige. Verzekerde kon geen kilometers in de auto zitten om naar een ander ziekenhuis te gaan.

Er staan wat medische termen in de stukken van de Egyptische arts. Deze stukken zijn aan de buurvrouw van verzoekster voorgelegd, zij is medisch onderlegd. Volgens haar bestaat er een mismatch tussen de behandeling die is uitgevoerd en de vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar is verleend. De verleende vergoeding staat niet in verhouding tot hetgeen is gefactureerd door de arts in Egypte. Het is bekend dat er in Egypte soms meer zorg wordt verleend dan nodig. Hier is goed naar gekeken en over gesproken met de behandelend arts om ervoor te zorgen dat de nota zo laag mogelijk zou zijn. De arts heeft hier ook zijn best voor gedaan. Het is niet de bedoeling om het maximale te claimen. De buurvrouw van verzoekster heeft wel bevestigd dat de genoten zorg ook in Nederland zou worden geleverd.
Dat de wijze waarop de hoogte van de vergoeding wordt berekend is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden en dat deze is gevolgd, wordt niet betwist. Er staat wat er is overeengekomen bij niet-gecontracteerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft een link naar zijn website benoemd en daar zijn de bedragen voor het jaar 2025 te vinden. Het gaat om de vraag of dat redelijk is ten aanzien van wat er in Egypte is gebeurd.

3.6. Bij bericht van 13 juli 2026 heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn bericht van 30 juni 2026 heeft uiteengezet welke DBC-zorgproductcode en zorgactiviteiten volgens zijn adviserend geneeskundige ten grondslag liggen aan de vergoeding van € 519,17. Hiermee wordt echter uitsluitend toegelicht op welke wijze de Nederlandse DBC-zorgproductcode is samengesteld, maar wordt de kern van het geschil niet benoemd. Het geschil ziet namelijk niet op de vraag welke DBC-zorgproductcode in Nederland het beste aansluit bij de verleende zorg. Verzoekster begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar aansluiting zoekt bij de Nederlandse DBC-systematiek. Het geschil gaat evenwel over de vraag of de ziektekostenverzekeraar voldoende heeft onderbouwd dat de toegekende vergoeding van € 519,17 daadwerkelijk overeenkomt met de vergoeding, waarop aanspraak zou hebben bestaan, indien exact dezelfde medische verrichtingen in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zouden zijn uitgevoerd. Dat wil zeggen, naast een SEH-consult en plaatsing van IV-toegang, is er een lab bepaling uitgevoerd en medicatie (anti-emetica, antibiotica en vocht) toegediend. Er lijkt een discrepantie te bestaan tussen de gedeclareerde zorg in Egypte en het verkregen bewijs met de uitleg van zorgcodes. Het nagekomen stuk van de ziektekostenverzekeraar bevat uitsluitend een opsomming van de gebruikte zorgcodes en de daarbij behorende DBC-zorgproductcode. Een inhoudelijke berekening of onderbouwing van de vergoeding ontbreekt. Ook wordt niet inzichtelijk gemaakt welke verrichtingen in de Nederlandse vergoeding zijn meegenomen en hoe deze zich verhouden tot de daadwerkelijk in Egypte verleende zorg.

3.7. Bij bericht van 14 september 2026 heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar nog steeds onvoldoende heeft onderbouwd waarom juist DBC 14E013 in dit concrete geval de juiste Nederlandse vertaling vormt van de daadwerkelijk verleende zorg en waarom de vergoeding daarmee terecht op € 519,17 is vastgesteld. Uit de medische documentatie blijkt dat verzekerde op 28 december 2025 acute medische zorg nodig had wegens acute gastro-enteritis en dehydratatie. Er was sprake van diagnostiek, waaronder bloedonderzoek, intraveneuze behandeling, meerdere infusen, intraveneuze medicatietoediening, cannulaties, observaties en verpleegkundige zorg. Daarnaast blijkt uit de medische documentatie dat naast het eerste medische contact twee follow-upcontacten hebben plaatsgevonden op 28 december 2025 om 19:00 uur en op 29 december 2025 om 19:00 uur. Tijdens deze follow-up contacten zijn opnieuw medische behandelingen verricht, waaronder intraveneuze medicatietoediening en op 29 december 2025 opnieuw cannulatie en toediening van ceftriaxon. Dit roept een concrete vraag op over de juistheid van DBC 14E013. Deze DBC ziet op één of twee polikliniekbezoeken/consultaties bij een infectie van het maagdarmkanaal/diarree bij een kind. Mede gelet op het bestaan van DBC 14E014 voor meer dan twee polikliniekbezoeken/consultaties is niet inzichtelijk waarom de volledig in het dossier beschreven zorg tot DBC 14E013 leidt.
Verder heeft verzoekster benadrukt dat de situatie van verzekerde niet zonder meer gelijk kan worden gesteld aan die van een verzekerde die in Nederland bewust kiest voor een niet-

gecontracteerde zorgaanbieder. Verzekerde werd tijdens een vakantie onverwacht acuut ziek. Verzoekster had vooraf geen keuze gemaakt voor deze kliniek en had in die acute situatie geen reële mogelijkheid om zorgaanbieders, contracten en tarieven met elkaar te vergelijken.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan het al uitgekeerde bedrag van € 519,17. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief en e-mailbericht van 9 februari 2026 toegelicht dat de vergoeding is gebaseerd op de Nederlandse declaratiecode 14E013. Genoemd bedrag betreft het in Nederland geldende tarief voor niet-gecontracteerde zorg bij dezelfde behandeling. De gemaakte kosten zijn bij herbeoordeling beoordeeld als spoedeisende zorg. Ook is bij de herbeoordeling meegenomen dat verzekerde minderjarig is. Dit betekent echter niet dat de kosten voor volledige vergoeding in aanmerking komen.

4.2. Bij brief van 12 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de betreffende zorg een wettelijk maximumtarief heeft vastgesteld. In de artikelen 1 en 15, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering is vastgelegd dat de ziektekostenverzekeraar voor deze zorgvormen tot maximaal 100% van dit wettelijk tarief vergoedt. Deze vergoeding is ook terug te vinden op de website van de ziektekostenverzekeraar.
Op grond van artikel 10, tweede lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland dezelfde vergoeding als voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. In dit geval gaat het, als gesteld, om zorg waarvoor een wettelijk maximumtarief geldt, dat door de NZa is vastgesteld op € 519,17. Dit bedrag is volledig vergoed. Voor het deel van de kosten dat boven dit tarief uitkomt, bieden de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking. Mogelijk kan hierop aanspraak worden gemaakt op grond van een afgesloten reisverzekering.
Nu de ziektekostenverzekeraar het wettelijk maximumtarief al heeft uitgekeerd, is er geen grond voor een aanvullende vergoeding.

4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij zich kan voorstellen dat de situatie voor verzoekster en haar familie vervelend is geweest. Het is fijn dat verzekerde goed is geholpen en ook is hersteld. De aanvraag is in eerste instantie onterecht afgewezen, maar dat is inmiddels rechtgezet. De ziektekostenverzekeraar heeft conform de voorwaarden van de zorgverzekering gehandeld. Er is sprake van een wettelijk maximumtarief. Er is dus vergoeding verleend op dezelfde wijze als wanneer de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn verleend. De gebruikte codes kunnen nog nader worden gespecificeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoed wat vergoed zou moeten worden en er is geen aanleiding geweest om tot een andere beslissing te komen.
Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de beslisboom van de Nza is gebruikt voor de afleiding van de DBC-zorgproductcode.

4.4. Bij bericht van 30 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de uitwerking van de adviserend geneeskundige uiteengezet en laten weten welke zorgcodes ten grondslag liggen aan de DBC-zorgproductcode waarop de vergoeding voor verzekerde is gebaseerd, namelijk:
DBC:
0316.3308
0316.061
Kind 190060 190015 039680 perifeer infuus = 14E013 € 519,17 (max marktconform)
Nadere toelichting:
specialisme: kindergeneeskunde (0316)
diagnose: gastro-enteritis (maagdarminfectie) (3308)
zorgvraag: 061 Kind

zorgactiviteiten: 190060 = eerste polikliniekbezoek; 190015 = spoedeisende hulp contact op de SEH
afdeling; 039680 = infuus inbrengen.

4.5. Bij brief van 8 september 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij geen grond ziet voor een aanvullende vergoeding. Verzoekster stelt dat er een verschil zou bestaan tussen de in Egypte verleende zorg en de Nederlandse DBC-vergoeding, omdat de verrichte laboratoriumbepalingen en medicatietoediening en infuus niet duidelijk zijn opgenomen in de DBC. In het DBC tarief zijn niet alleen de directe behandelingshandelingen opgenomen, maar ook alle ondersteunende diagnostiek (zoals de uitgevoerde laboratoriumbepalingen), het toedienen van medicatie en plaatsen van een infuus voor vochttoediening. Er wordt bij het toepassen van de DBC niet gekeken hoeveel zorg een patiënt precies heeft gehad. Elke DBC heeft een eigen code en een bijbehorend tarief. Dit tarief is gebaseerd op wat gemiddeld nodig is voor dezelfde behandeling. Bij het opstellen van de rekening kijkt de zorgverlener niet naar hoeveel zorg iemand precies krijgt, maar naar het gemiddelde. Dit kan ertoe leiden dat er meer behandelingen of onderzoeken zijn geweest of juist minder dan wat in de DBC staat. Dit verandert echter niets aan het tarief van de DBC.
Het infuus is opgenomen in de DBC: 0316.3308 0316.061 Kind 190060 190015 039680 perifeer infuus = 14E013 € 519,17. Dit is nog expliciet opgemerkt door de adviserend geneeskundige. De beslisboom van de NZa leidt op basis van het totaalpakket aan geregistreerde zorgactiviteiten automatisch naar de best passende DBC af. Het feit dat voor laboratorium- en medicatiehandelingen geen aparte vermelding c.q. vergoeding is opgenomen, betekent niet dat deze niet zijn meegenomen. Zij vormen de basis waarop het totale tarief van DBC 14E013 is vastgesteld.
Alle daadwerkelijk verrichte medische handelingen uit de buitenlandse nota zijn betrokken in de afleiding van de DBC. De vergoeding van € 519,17 dekt het gehele behandeltraject, inclusief de verrichte laboratoriumbepalingen, de medicatietoediening en het infuus.

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. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

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

6.2. Verzekerde heeft zorg gehad in Egypte. Tussen Nederland en Egypte bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

6.3. De door verzekerde in Egypte genoten zorg betreft medisch specialistische zorg. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Op grond van artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Tussen partijen is voorts niet in geschil dat verzekerde redelijkerwijs was aangewezen op de betreffende zorg. Wat hen verdeeld houdt, is uitsluitend de hoogte van de vergoeding.

6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat voor de door verzekerde genoten zorg een wettelijk maximumtarief geldt dat is vastgesteld door de NZa en dat volgens de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op een vergoeding van € 519,17 op grond van declaratiecode 14E013. Bij bericht van 30 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd welke zorgcodes ten grondslag liggen aan de DBC-zorgproductcode waarop de vergoeding voor verzekerde is gebaseerd. Verzoekster heeft, onder verwijzing naar de omstandigheden en de persoon van verzekerde, gesteld dat door de ziektekostenverzekeraar een hoger bedrag zou moeten worden vergoed. Uit de stellingen van verzoekster ter zitting en de berichten van 13 juli 2026 en 14 september 2026 begrijpt de commissie dat zij zich op het standpunt stelt dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende inzichtelijk heeft gemaakt dat de toegekende vergoeding van € 519,17 daadwerkelijk overeenkomt met de vergoeding waarop aanspraak zou hebben bestaan indien exact dezelfde medische verrichtingen in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zouden zijn uitgevoerd, waarmee zij de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde declaratiecode bestrijdt.
De commissie overweegt als volgt.

6.5. Artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft betrekking op de vergoeding voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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.”

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:

“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.”

6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn bericht van 30 juni 206 uiteengezet hoe hij tot de door hem gekozen declaratiecode is gekomen. Verzoekster heeft naar aanleiding hiervan bij bericht van 30 juni 2026 onder meer gesteld dat de uitgevoerde laboratorium bepaling en het toedienen van medicatie (anti-emetica, antibiotica en vocht) hierin niet zijn meegenomen. Bij brief van 8 september 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat alle daadwerkelijk verrichte medische handelingen uit de buitenlandse nota zijn betrokken in de afleiding van de declaratiecode. De vergoeding van € 519,17 dekt het gehele behandeltraject, inclusief de verrichte laboratoriumbepalingen, de medicatietoediening en het infuus, aldus de ziektekostenverzekeraar. Bij bericht van 14 september 2026 heeft verzoekster erop gewezen dat niet inzichtelijk is gemaakt dat declaratiecode 14 E013 toepasselijk is, omdat, na de eerste behandeling op 28 december 2025, twee follow-upcontacten hebben plaatsgevonden op 28 en 29 december 2025. Volgens verzoekster is daarom DBC 14E014 meer passend, omdat deze ziet op behandeling of onderzoek

en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand en/of dagbehandeling bij een infectie van het maagdarmkanaal/diarree (bij kind).
De commissie volgt verzoekster in haar stelling, in die zin dat uit de overgelegde informatie van de Egyptische zorgaanbieder blijkt, dat er een eerste follow-up is geweest op 28 december 2025 om 19:00 uur en een tweede follow-up op 29 december 2025 om 19:00 uur, waarbij zorg is verleend en dat daarmee declaratiecode 14E014 het meest passend is. Declaratiecode 14E013 ziet namelijk op 1 of 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij een infectie van het maagdarmkanaal/diarree (bij kind). Gelet op het voorgaande gaat de commissie daarom niet uit van de juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar gekozen declaratiecode, namelijk 14E013.

6.7. Volgens de ziektekostenverzekeraar waren de tarieven voor niet-gecontracteerde medisch specialistische zorg voor het jaar 2025 destijds raadpleegbaar via zijn website, namelijk onder het kopje ‘Medisch specialistische zorg ongecontracteerde tarieven 2025’**.** Ter zitting heeft verzoekster bevestigd dat de tarieven destijds inderdaad voor haar raadpleegbaar waren. De commissie gaat er daarom vanuit, dat de tarieven horende bij declaratiecodes 14E013 en 14E014 destijds voor verzoekster inzichtelijk waren. Met de zorgproductapplicatie van de NZa is te herleiden dat de juiste maximale vergoeding bij declaratiecode 14E014 in het jaar 2025 € 1.303,01 bedroeg. Het daar genoemde max-max tarief is niet van toepassing, omdat de zorg in dit geval is uitgevoerd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit betekent dat aanspraak bestaat op vergoeding van een bedrag van € 1.303,01 voor de door verzekerde in Egypte genoten zorg en dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de reeds verleende vergoeding van € 519,17 aan te vullen tot dit bedrag.
Gelet op het voorgaande ziet de commissie aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

6.8. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name ten aanzien van het hanteren van een Nederlands referentietarief bij spoedeisende zorg in het buitenland, het ontbreken van een verplichting op grond van de Zvw tot maximering tot de Nederlandse tarieven, het door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende motiveren op welke wettelijke bepaling de maximering is gebaseerd, het door hem niet toepassen van een redelijkheidstoets op de daadwerkelijke gemaakte kosten, en het niet in de afwegingen betrekken van de spoed, de minderjarigheid van verzekerde en het ontbreken van keuzevrijheid, maken voorgaande conclusie niet anders. Verzekerde heeft een Nederlandse zorgverzekering en in dat verband gelden de Wet marktordening gezondheidszorg en de DBC-systematiek als gegeven kader voor de vergoeding van medisch specialistische zorg, in Nederland én daarbuiten. Niet valt in te zien waarom in dit geval, op basis van het door verzoekster gestelde, van dat gegeven kader zou moeten worden afgeweken en een hoger bedrag dan het wettelijk maximumtarief zou moeten worden vergoed. De keuze van de wetgever voor ‘werelddekking’ van de zorgverzekering betekent niet dat in alle gevallen volledige vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten moet volgen en daar is ook de premiestelling niet op afgestemd. Het risico van een niet toereikende vergoeding, in geval van al dan niet spoedeisende zorg buiten Nederland, kan worden ondervangen door het afsluiten van een aanvullende verzekering die deze hogere kosten dekt dan wel een reisverzekering met medische dekking.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor medisch specialistische zorg in het buitenland.

Slotsom

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vergoeding voor de door verzekerde in Egypte genoten zorg aan te vullen tot een bedrag van € € 1.303,01;

ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden;

iii) hetgeen meer of anders door verzoekster is gevorderd, wordt afgewezen.

Zeist, 20 oktober 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
b. mondzorg;
c. farmaceutische zorg;
d. hulpmiddelenzorg;
e. verpleging;
f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.

5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 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 griepprevention;
   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°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
   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 verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
   4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, 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.

Wanneer een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, vragen wij de verzekeringnemer uiterlijk een maand van tevoren of die verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico. De hoogte van het eigen risico wordt bepaald op dezelfde wijze als in lid 8 van dit artikel is beschreven.

LID 9 EERST VERPLICHT DAARNA VRIJWILLIG EIGEN RISICO VOL MAKEN

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplicht eigen risico vol. Als dat vol is, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen, vanaf dat moment van ons vergoed.

Artikel 10 Behandeling in het buitenland

LID 1 ZORG IN EEN ANDER EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND

In deze situatie heeft u naar keuze recht op:

a. vergoeding van zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag. U kunt hiervoor een S2 formulier of een ander betreffend verdragsformulier bij ons aanvragen;
b. vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden;
c. vergoeding van verzekerde zorg door een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2 ZORG IN EEN LAND BUITEN EEN EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND

Als u buiten Nederland woont /verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde zorg door een zorgaanbieder buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 lid 3 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 VERGOEDING EN MACHTIGING

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

Extra kosten zoals kamersupplementen en honorariumkosten

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

Uitzonderingen

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

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

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

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

LID 4 BEVOEGDE ZORGAANBIEDER

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

LID 5 VERGOEDING VAN MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG

Als de zorg naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar uw woonland, vergoeden wij medisch noodzakelijke zorg die is geleverd binnen de EU-/EER of verdragsland. In de praktijk betreft dit over het algemeen spoedeisende zorg. Binnen de EU-/EER is het te adviseren om altijd de EHIC te tonen, zie hierover ook de inleiding en artikel 2 lid 3 van deze polisvoorwaarden. Voor medisch noodzakelijke zorg die is geleverd buiten de EU-/EER of verdragsland, vergoeden wij tot maximaal de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, zie artikel 15 lid 3 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 11 Overige voorwaarden

LID 1 RECHT OP ANDERE ZORG DAN IN VOORWAARDEN OMSCHREVEN

In de artikelen 15 tot en met 43 van deze polisvoorwaarden staat voor welke vormen van zorg u recht heeft op vergoeding vanuit de basisverzekering

LID 2 OPNAME IN ANDERE DAN VERZEKERDE KLASSE

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en daar terechtkomt in een andere klasse dan de aldaar geldende laagste klasse, vergoeden wij aan u maximaal het tarief van de laagste klasse.

LID 3 BEGIN EN EINDE VAN RECHT OP VERGOEDING VAN KOSTEN VAN ZORG

U heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg waarop u volgens deze polisvoorwaarden recht heeft als u die zorg heeft ontvangen in de periode dat deze zorgverzekering loopt.

Met betrekking tot een declaratie van een DBC of zorgproduct, gaan wij uit van de startdatum (openingsdatum) van de DBC of zorgproduct. Dit is de datum waarop de zorgverlener de DBC opent. Dit kan een andere datum zijn dan bijvoorbeeld de datum van uw eerste consult bij deze zorgverlener.

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 ZORGKOSTEN**

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 ZORGKOSTEN**

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 Rrevalidatie (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 ZORGKOSTEN 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 ZORGKOSTEN 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 verslapte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;

d. de volgende aangeboren misvormingen:
    1. lip-, kaak- of gehemeltespleten;
    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 ZORGKOSTEN 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 HBIGDA) 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 Donorsemen, die door de minister voor Medische Zorg en Sport is opgesteld. Deze subsidieregeling maakt geen deel uit van uw zorgverzekering, maar wordt uitgevoerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

LID 6 UITSLUITINGEN MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
b. liposuctie van de buik;
c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:
    i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
    ii. bij u geen agenesie of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transseksualiteit.
d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
g. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
h. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose;
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.