

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Onderlinge waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, hoogte vergoeding, hinderpaalcriterium
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer : 202201351
Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Onderlinge waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 21 november 2022 en e-mailbericht van 23 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 januari 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Compact (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 14 juni 2022 een eenzijdige open liesbreukoperatie ondergaan in het Tulp Medisch Centrum. De kosten hiervan bedroegen € 2.550,- en verzoeker heeft deze gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens werd hem meegedeeld dat geen vergoeding kon worden verleend. Hierop heeft verzoeker een nieuwe nota ter declaratie ingediend, waarop door de ziektekostenverzekeraar € 1.008,58 is uitgekeerd. Op 19 juni 2022 heeft verzoeker hierover contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft niet geleid tot een hogere vergoeding.
- 3.3. Verzoeker heeft bij brief van 20 juli 2022 de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een hoger bedrag te vergoeden dan € 1.008,58 voor de aan hem door Tulp Medisch Centrum verleende zorg.
- 4.2. In dit verband constateert verzoeker dat een groot verschil bestaat tussen de gemaakte kosten en de verleende vergoeding. Volgens verzoeker heeft hij aanspraak op een redelijke vergoeding, van 80 tot 85% van het notabedrag. Het meerdere neemt hij dan voor zijn rekening. Een lagere vergoeding vormt een feitelijke hinderpaal om de zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker heeft contact gehad met de Nederlandse Zorgautoriteit. Bij die gelegenheid is hem meegedeeld dat de ondergane behandeling normaal ca. € 2.500,- kost. Ook op de Zorgwijzer is een hoger bedrag vermeld, te weten € 2.601,10. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat laatstgenoemd bedrag betrekking heeft op een duurdere kijkoperatie is niet juist, aangezien een kijkoperatie goedkoper is dan een open operatie.
- 4.3. Verzoeker voert verder aan dat aan gecontracteerde zorgaanbieders veel meer wordt vergoed dan het door hem ontvangen bedrag. Ter illustratie verwijst verzoeker naar de vergoeding voor een door hem elders, bij een gecontracteerde zorgaanbieder ondergane ingreep. Verzoeker merkt verder op dat overal in de zorg wachtlijsten bestaan. Er zijn zorgaanbieders die hier iets aan willen doen, maar dit lijkt door de ziektekostenverzekeraar niet op prijs te worden gesteld. De informatie over de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg is niet terug te vinden in de verzekeringsvoorwaarden, op de website van de ziektekostenverzekeraar, of in diens app. Het lijkt te gaan om geheime prijsafspraken.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar schermst met één soort polis, met vrije artskeuze. Daarbij levert hij kritiek op zorgverzekeraars die budgetpolissen aanbieden, maar feitelijk doet de ziektekostenverzekeraar precies hetzelfde, zoals blijkt uit de omstandigheid dat nog niet de helft van de onderhavige nota wordt vergoed. Tot slot betwijfelt verzoeker of zijn klacht, tevens verzoek om heroverweging, is gezien door de Raad van Bestuur van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar reclame heeft gemaakt via de e-mail, waarin werd geschreven dat budgetpolissen moesten worden verboden. De polis die de ziektekostenverzekeraar aanbood, zou veel beter zijn. Uiteindelijk bleek deze polis niet veel beter, want ook hier werd een veel lagere vergoeding verleend. De ziektekostenverzekeraar geeft vervolgens geen inzage in de tarieven die hij vergoedt. Als hij het bedrag dat hij heeft ontvangen afzet tegen de tarieven die hij heeft kunnen terugvinden van andere ziekenhuizen, komt verzoeker tot de conclusie dat de aan hem verleende vergoeding te laag is. Volgens de ziektekostenverzekeraar is Tulp Medisch Centrum veel te duur, maar waarop men zich hierbij baseert, is onduidelijk. Verzoeker vindt het een ongeloofwaardig verhaal. Hij gaat uit van een rekening die best redelijk is, en daarvan krijgt hij maar een percentage. Als hij diezelfde operatie in het Groene Hart Ziekenhuis had laten uitvoeren, was de ziektekostenverzekeraar ook dat hogere bedrag kwijt. Hij kon snel terecht bij Tulp Medisch Centrum en hij ging ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar ongeveer 80% van de nota zou betalen. Snel terecht kunnen komt ook omdat de contracten vaak inhouden dat er afspraken zijn gemaakt hoeveel ingrepen er mogen plaatsvinden. Gaat dit er overheen, dan wordt er niet meer betaald. Daardoor ontstaan wachtlijsten.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard geen aanleiding te zien tot het verlenen van een hogere vergoeding. Hij licht toe dat vergoeding wordt verleend op basis van het wettelijk maximumtarief. Ontbreekt een zodanig tarief, dan bestaat aanspraak op het met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Is met de zorgaanbieder geen contract gesloten, zoals in het geval van het Tulp Medisch Centrum, dan heeft de verzekerde aanspraak op de door de ziektekostenverzekeraar bepaalde vergoeding voor de verleende zorg. Deze is gebaseerd op het laagste daadwerkelijk bij hem gedeclareerde tarief. Hierbij wordt gecontroleerd of dit laagste tarief geen uitschieter naar beneden betreft, door ook naar naastgelegen tarieven te kijken. Indien nodig wordt gekozen voor een ander (hoger) tarief. Op dit uitgangstarief past de ziektekostenverzekeraar een korting toe van 5%.
- 5.2. Het bedrag dat aan verzoeker is vergoed, is gebaseerd op de tarieven die met gecontracteerde klinieken zijn overeengekomen. Deze tarieven zijn lager dan die van de gecontracteerde ziekenhuizen. Verzoeker verwijst naar het passantentarief van één ziekenhuis. Bovendien betreft het daarbij het tarief voor een - duurdere - kijkoperatie. De verleende vergoeding is gebaseerd op declaratiecode 15B428, behorende bij een eenzijdige open liesbreukoperatie. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat het zijn rol is de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. In dat verband is het niet gewenst dat de hogere nota van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig wordt vergoed. Dit zou ook niet redelijk zijn ten opzichte van de zorgaanbieders die wel door de ziektekostenverzekeraar zijn gecontracteerd, tegen een lager tarief. Het gevolg hiervan zou zijn dat de bereidheid tot contracteren afneemt. Een lagere contracteergraad zal vervolgens leiden tot hogere zorgkosten.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de voorwaarden van de zorgverzekering, met name de artikelen 15 en 18 lid 2.3. Op de website staat 'Zelfstandige behandelcentra'. Via 'Zelf betalen' en 'Zorgaanbieder zonder contract' zijn de vergoedingen te achterhalen. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat hij hiermee voldoet aan artikel 2.1.8 van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. Volgens de ziektekostenverzekeraar had de zorgaanbieder verzoeker moeten informeren over het feit dat de kliniek niet was gecontracteerd, en dat dit gevolgen zou hebben voor de hoogte van de vergoeding. Indien de behandeling bekend was, had verzoeker vooraf bij de ziektekostenverzekeraar informatie kunnen inwinnen over het bedrag dat hiervoor zou worden vergoed. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de Raad van Bestuur de afdeling heeft gemandateerd om klachten af te wikkelen.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de lijst met vergoedingen op de website is gepubliceerd, en dat deze op verzoek kan worden toegezonden. Hij weet niet wat de ziektekostenverzekeraar meer moet doen om meer informatie te verstrekken. De ziektekostenverzekeraar doet niet veel anders dan andere verzekeraars. Het verschil tussen de nota en de vergoeding komt doordat de nota uitzonderlijk hoog is. Aan ziekenhuizen betaalt de ziektekostenverzekeraar een gelijkwaardig bedrag, maar bij een ZBC is de vergoeding juist lager. Dit is ook logisch, aangezien ziekenhuizen duurder zijn. Dit komt door aanvullende diensten zoals een Eerste Hulp en 24-uurs beschikbaarheid. Verder blijkt dat het daadwerkelijk gedeclareerde tarief niet het uitgangspunt moet zijn voor de vraag of sprake is van een hinderpaal. Eerst moet worden gekeken naar wat een redelijk marktconform tarief is voor de behandeling, en vervolgens of de daadwerkelijke vergoeding dan een hinderpaal oplevert. De vergoeding bij een ziekenhuis varieert tussen de € 1.000,- en € 1.700,-. Bij een ZBC ligt dit lager. Volgens de Hoge Raad mag worden uitgegaan van het gewogen gemiddelde met een korting van 25%. De ziektekostenverzekeraar gaat uit van een lager tarief, maar past een lagere korting toe. De ziektekostenverzekeraar contracteert alle ziekenhuizen, zodat deze problematiek hier nooit speelt. Niet alle ZBC's zijn gecontracteerd, zodat dit probleem alleen daar speelt. De vergoeding is niet heel laag, maar de nota van Tulp Medisch Centrum ligt zelfs boven de tarieven die met

ziekenhuizen worden afgesproken. Er moet een bepaalde prikkel bestaan om te contracteren. Dit is de reden dat er bij niet-gecontracteerde zorg minder wordt betaald. De vergoeding is altijd lager dan 80% van de nota. Er wordt één combinatiepolis aangeboden waarbij alle ziekenhuizen zijn gecontracteerd. In 2022 is 99,6% van alle zorg gecontracteerd. Het staat alle zorgverleners vrij om een contract aan te gaan. Ook Tulp Medisch Centrum zou een contract kunnen aangaan. De ziektekostenverzekeraar benadert niet de zorgverleners, dit gaat andersom. Verzekerden mogen nooit mogen worden geweigerd omdat er teveel verzekerden zijn gekomen. De niet-gecontracteerde tarieven mogen ook niet te hoog zijn, om de prijsafspraken met de gecontracteerde partijen in het volgende jaar niet in gevaar te laten komen. Daarom wordt gekeken naar de afspraken met de ZBC's. Daarvan wordt laagste tarief gekozen, en hierop wordt een korting toegepast van 5%. Deze korting is gebaseerd op de overproductie bij de gecontracteerde partijen. Dit wordt gecompenseerd door bij de niet-gecontracteerde zorg een korting toe te passen.

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

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de hoogte van de vergoeding zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie stelt vast dat het hier gaat om een combinatiepolis, feitelijk een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. Met betrekking tot dit type verzekering is in de toelichting bij artikel 5 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit 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."

- 7.3. De hiervoor bedoelde verdergaande beperking is gebaseerd op artikel 13, eerste lid Zvw. Hierin is bepaald:

"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."

- 7.4. In de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw is vermeld dat een verzekeraar, op grond van het EU-recht, de vergoeding ook bij niet-noodgevallen niet zo mag vaststellen, dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het in het buitenland betrekken van zorg. Daarmee zouden immers buitenlandse zorgaanbieders ten opzichte van Nederlandse zorgaanbieders worden gediscrimineerd, met als gevolg een niet gerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer van diensten. Hierbij is verwezen naar het arrest Müller-Fauré/Van Riet van het Hof van Justitie; HvJ 13 mei 2003, C-385/99, r.o. 107.
- 7.5. De Hoge Raad heeft sindsdien geoordeeld dat dit zogenoemde hinderpaalcriterium is gebaseerd op een onjuiste interpretatie, door de wetgever, van genoemd arrest. Dit doet echter niet af aan de toepasselijkheid; het criterium is onderdeel van het Nederlandse rechtssysteem. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste korting een feitelijke hinderpaal oplevert. In de rechtspraak wordt als basis het 'uitgangstarief' genomen. Hiervoor zijn diverse modaliteiten denkbaar. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld het - gewogen - gemiddeld gecontracteerde tarief als 'uitgangstarief' nemen, maar ook het hogere marktconforme tarief. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij als 'uitgangstarief' het laagste daadwerkelijk bij hem door Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) gedeclareerde tarief neemt. Hierbij kijkt hij ook naar naastgelegen tarieven. Eventuele uitschieters naar beneden worden op die manier gecorrigeerd. Op dit tarief wordt door hem een korting toegepast van 5%. De commissie oordeelt dat de toegepaste korting voor de modale zorggebruiker geen feitelijke hinderpaal vormt als bedoeld in de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw.
- 7.6. Met betrekking tot het door verzoeker genoemde tarief van € 2.601,10 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat dit een zogenoemd passantentarief is voor de onderhavige ingreep, wat door verzoeker niet is bestreden. Dit tarief is in deze zaak overigens niet relevant, aangezien het passantentarief in rekening wordt gebracht bij personen die geen zorgverzekering hebben afgesloten. Verzoeker behoort niet tot deze groep. Daarbij volgt uit artikel 13 Zvw dat de zorgverzekeraar de vergoeding bepaalt, en hierbij is hij niet gebonden aan het passantentarief of de vergoeding die door een andere zorgverzekeraar is vastgesteld. Ook de van de Nederlandse Zorgautoriteit ontvangen informatie is niet bepalend voor het uiteindelijk te vergoeden bedrag. Dit bedrag wordt bepaald door de verzekeringsvoorwaarden.
- 7.7. Waar het de verzekeringsvoorwaarden betreft, heeft verzoeker betoogd dat hierin niets is terug te vinden over de hoogte van de vergoeding. De commissie deelt die mening niet. In artikel 15, derde lid, van de verzekeringsvoorwaarden wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Is sprake van die laatste categorie, en gaat het om zorg waarvoor een vrij tarief geldt, dan bestaat aanspraak op "(...) maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website." In artikel 18 (lid 2.3) inzake 'Medisch specialistische zorg' is een zelfde tekst opgenomen, waarin wordt terugverwezen naar artikel 15. Op de website is de hoogte van de vergoeding te vinden door de declaratiecode 15B428 in het zoekveld in te voeren. Een andere mogelijkheid is vanaf de homepage, via 'Vergoeding', 'Zorgverlener zonder contract', 'Vergoedingenoverzicht', 'Ziekenhuiszorg' en 'Zelfstandige behandelcentra'. Onder het kopje 'Basisverzekering' staat een pdf met 'Vrije tarieven'. Dit is de pdf die door de ziektekostenverzekeraar in de procedure is overgelegd. Weliswaar is de vergoeding op de website niet gemakkelijk te vinden, maar deze is wel op de website vermeld. De commissie neemt hierbij in overweging dat ook aan de zijde van de zorgaanbieder een informatieplicht bestaat. Deze is vastgelegd in de Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018 van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 7.8. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar de hoogte van het 'uitgangstarief' mocht bepalen, dat de hierop toegepaste korting niet zodanig is dat kan worden

gesproken van een vergoeding die een feitelijke hinderpaal vormt, en dat de uiteindelijk te ontvangen vergoeding via polisvoorwaarden en de website voor verzoeker kenbaar had kunnen zijn. Het lag overigens mede op de weg van de zorgaanbieder verzoeker te informeren over het niet gecontracteerd zijn en de gevolgen hiervan voor de hoogte van de vergoeding. Wat door verzoeker is aangevoerd over de vergoeding voor gecontracteerde zorg, de bestaande wachttijden, de uitingen van de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding bij budgetpolissen, en het niet beantwoorden van zijn klachtbrief door de Raad van Bestuur, kan niet leiden tot een andere uitkomst en wordt om die reden gepasseerd.

Slotsom

7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 april 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

ARTIKEL 15 RECHT OP ZORG EN VERGOEDING

LID 1 GECONTRACTEERDE ZORG EN NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

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

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

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

LID 2 VERGOEDING BIJ GECONTRACTEERDE ZORG

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

LID 3 VERGOEDING BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

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

Wettelijk maximumtarief

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

Vrije tarieven

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

Zorgverleners uitgesloten van vergoeding

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

LID 4 DECLAREREN VAN DOOR U GEMAAKTE KOSTEN

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

De zorgaanbieder declareert de nota rechtstreeks bij ons

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

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

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

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

MijnDSW app

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

MijnDSW omgeving op de website

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

Per post

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

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

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

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

Vertaling nota's

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

Akte van cessie en verrekening

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

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

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

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

LID 6 **WACHTLIJSTADVIES**

U heeft desgevraagd recht op wachtlijstadvies door DSW Zorgverzekeraar. U kunt daartoe contact opnemen via wachtlijstadvies@dsw.nl 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.

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. Betreft het een machtiging voor langer dan één jaar of voor onbepaalde tijd dan hanteren wij een geldigheidsduur van één jaar na datum van afgifte. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.

LID 12 MEDEDELINGEN EN TOEZEGGINGEN

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

LID 13 GELDIGHEIDSDUUR

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

LID 14 BETALINGEN VAN VERGOEDINGEN

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

LID 15 VERGOEDING VAN EEN BEHANDELING DIE IN TWEE KALENDERJAREN PLAATSVINDT

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

LID 16 TERUGGAVE VAN ORIGINELE NOTA'S

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

ARTIKEL 18 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1 ALGEMEEN

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

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

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

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

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

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

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

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

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

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

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

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

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

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

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

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

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

Vrije tarieven

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

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of 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 gehemelte-spleten;
 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 BEHANDELINGEN IN VERBAND MET TRANSSSEKSUALITEIT

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

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 behandelingen in verband met transseksualiteit worden 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 en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Machtiging

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

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

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

LID 4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

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

LID 5 BEPERKINGEN EN UITSLUITINGEN ROND VRUCHTBAARHEIDSGERELATEERDE ZORG

Beperkingen

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

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

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

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

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

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

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

Uitsluitingen

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

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

LID 6 UITSLUITINGEN MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

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



REGELING TH/NR-022

Kenmerk

Regeling informatieverstrekking ziekttekostenverzekeraars aan consumenten

Gelet op artikel 40, vierde lid juncto artikel 38, zevende lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van transparantie van ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Ook is de NZa bevoegd om op grond van artikel 62 van de Wmg regels te stellen over welke gegevens en inlichtingen regelmatig moeten worden verstrekt dan wel onder welke omstandigheden deze moeten worden verstrekt door de ziektekostenverzekeraars.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- 1.1 ziektekostenverzekeraar: een zorgverzekeraar en een particuliere ziektekostenverzekeraar, als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, onder 1 en 3, Wmg.
- 1.2 consument: verzekeringsplichtige, verzekerde of patiënt, als bedoeld in artikel 1, onderdeel i, Wmg.
- 1.3 zorg: zorg, dienst of handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als gedefinieerd in artikel 1, onderdeel b, Wmg.
- 1.4 website: alle websites die de ziektekostenverzekeraar beheert of laat beheeren en waar informatie verstrekt wordt over de polissen die de ziektekostenverzekeraar aanbiedt.
- 1.5 verzekering: zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering.
- 1.6 (niet-)gecontracteerde zorgaanbieder: een zorgaanbieder die voor een of meer vormen van zorg (niet/deels) door de verzekeraar voor zijn verzekerden is gecontracteerd.
- 1.7 vermelden op de website: het beschikbaar stellen van informatie op de website zodanig dat deze:
 - zelfstandig op de website staat en toegankelijk is in de internetbrowser zonder hulp van extra computerprogramma's; of
 - raadpleegbaar is in een los document.
- 1.8 schriftelijk/op schrift: zowel op papier als digitaal, bijvoorbeeld via e-mail of via contact door middel van een webformulier.
- 1.9 collectiviteiten: werkgevers (in de zin van artikel 18, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw)) en andere rechtspersonen (in de zin van artikel 18, vijfde lid Zvw) die met een

zorgverzekeraar een collectiviteitsovereenkomst overeenkomen voor een zorgverzekering zoals bedoeld in artikel 1, sub d, Zvw.

- 1.10 collectiviteitskorting: een geldelijk voordeel (als bedoeld in de zin van artikel 18 lid, eerste lid, Zvw) dat de zorgverzekeraar en de collectiviteit overeenkomen, indien:
- diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden, of
 - natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt,
- verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst.
- 1.11 collectiviteitsovereenkomst: de overeenkomst (als bedoeld in artikel 18, eerste lid, Zvw) tussen zorgverzekeraar en collectiviteit.
- 1.12 modelovereenkomst: model van een zorgverzekering (als bedoeld in artikel 1, sub j, Zvw) waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben indien een overeenkomst volgens het desbetreffende model wordt gesloten.
- 1.13 zorgverzekeraar: een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, sub b, Zvw.
- 1.14 zorgverzekering: zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, sub d, Zvw.
- 1.15 Relevante openbare communicatiekanalen: dit betreft de publiek toegankelijke communicatiekanalen die de zorgverzekeraar gebruikt om gerichte relevante informatie te verstrekken aan consumenten zoals bijvoorbeeld een website of een voor een ieder geheel of gedeeltelijk toegankelijke applicatie (app).
- 1.16 Verzekeringsjaar: Het (gedeelte van het) kalenderjaar waarop de zorgverzekering betrekking heeft. Dit is de verzekerde periode in enig kalender jaar waarin een verzekerde verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Doel van de regeling

Ziektekostenverzekeraars verstrekken relevante informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze informatie bruikbaar is en de consumenten hun keuze daarop kunnen baseren.

Deze regeling beschrijft aan welke eisen de informatie moet voldoen om doeltreffend te zijn voor consumenten. De informatie moet daarnaast in ieder geval juist, vindbaar, gemakkelijk vergelijkbaar zijn en aansluiten bij de behoefte en vaardigheden van de consument.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op ziektekostenverzekeraars in de zin van artikel 1, onderdeel f, onder 1 en 3, van de Wmg.

Artikel 4 Bruikbaarheid van informatie

- 4.1 Informatie voor consumenten moet bruikbaar zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren.
- 4.2.1 De in 4, eerste lid, bedoelde informatie is bruikbaar als die voldoet aan de volgende eisen:
- a. de informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment;
 - b. de informatie en de wijze waarop die wordt verstrekt sluit aan bij de informatiebehoefte en vaardigheden van de consument;
 - c. de informatie is juist, niet-misleidend, vindbaar en voor zo ver van toepassing gemakkelijk vergelijkbaar.
- 4.3 Leden 1 en 2 zijn van toepassing op alle hierna volgende verplichtingen in deze regeling.

Informatie over polissen

Artikel 5 Typering polissen

- 5.1 De zorgverzekeraar maakt alle modelovereenkomsten, voorwaarden en reglementen openbaar via zijn relevante openbare communicatiekanalen.
- 5.2. De zorgverzekeraar stuurt de in 5, eerste lid, bedoelde informatie desgevraagd per post of digitaal aan de consument.
- 5.3 De zorgverzekeraar typeert elke modelovereenkomst als natura, combinatie of restitutie.
- 5.4 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'naturapolis' en 'natura' enkel om modelovereenkomsten te beschrijven waarbij de zorgplicht zodanig is vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder a, van de Zvw.
- 5.5 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' enkel om modelovereenkomsten te beschrijven die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.
- 5.6 De zorgverzekeraar typeert alle modelovereenkomsten die niet onder het vierde lid of het vijfde lid van dit artikel vallen als

'combinatiepolis'. De zorgverzekeraar geeft daarbij aan voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op zorg en voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw.

Artikel 6 Gebruik term marktconform tarief

De zorgverzekeraar gebruikt het begrip marktconform tarief enkel wanneer hiermee bedoeld wordt de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Artikel 7 Transparantie over (nagenoeg) gelijke polissen

- 7.1 Wanneer vanuit een concern waartoe meer zorgverzekeraars behoren, dan wel vanuit een individuele zorgverzekeraar, modelovereenkomsten worden aangeboden die gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten, vermeldt iedere betrokken zorgverzekeraar in een overzicht in ieder geval op de website dat deze modelovereenkomsten gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Daarnaast moet de zorgverzekeraar dit overzicht plaatsen op eventuele andere relevante openbare communicatiekanalen. De zorgverzekeraar benoemt in dit overzicht de verschillen in de modelovereenkomsten. Dit overzicht dient op een direct zichtbare plek te staan waar ook het aanbod van de polissen en de premies van de zorgverzekeraar zijn geplaatst zodat de verzekerde het kan gebruiken bij zijn keuze.
- 7.2 In het in eerste lid bedoelde overzicht benoemt de zorgverzekeraar, in aanvulling op hetgeen in dat lid is aangegeven, ten minste de volgende elementen: a.
de naam van de polis;
b. de naam van de risicodragende ziektekostenverzekeraar, in het geval de gelijke of nagenoeg gelijke polissen binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden;
c. de premiegrondslag van de polis.

Artikel 8 Informatievoorziening rondom collectieve zorgverzekeringen

- 8.1 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat collectiviteiten met wie hij een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten, aan consumenten duidelijk maken:
- Op welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteit betrekking heeft;
 - Wat het verschil is tussen het aanbod van de collectiviteit en het aanbod van de zorgverzekeraar zonder collectiviteitsovereenkomst.

- 8.2 De zorgverzekeraar die een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten, biedt zelf ook informatie over collectiviteiten.
- 8.3 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de informatie, als bedoeld in het eerste lid, ook aan consumenten wordt gegeven als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden met een collectiviteitsovereenkomst.

Kosten van zorg

Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

- 9.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien.
- 9.2. Wanneer een consument niet beschikt over alle gegevens op basis waarvan de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde informatie kan geven, dan moet de zorgverzekeraar aangeven welke gegevens ontbreken. De zorgverzekeraar vermeldt hierbij, indien van toepassing, waar of bij wie de consument de ontbrekende gegevens kan verkrijgen zodat de informatie bedoeld in het eerste lid alsnog kan worden gegeven.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

- 10. 1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan:
 - a. meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en
 - b. neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is.
- 10.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds hanteert bij de contractering en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde dan:
 - a. meldt de zorgverzekeraar hoe hij daarmee omgaat in de polisvoorwaarden en via zijn relevante openbare communicatiekanalen, waarbij hij ook de mogelijke consequenties voor de verzekerde vermeldt, en

- b. vermeldt de zorgverzekeraar in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht voor de betreffende zorgaanbieder wat de mogelijke consequenties hiervan zijn voor de verzekerde.
- 10.3 De zorgverzekeraar geeft in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht tijdens de overstapperiode aan wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn.

Artikel 11 Geneesmiddelenbeleid

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het geneesmiddelenbeleid, zoals het preferentiebeleid en de (financiële) gevolgen ervan voor de verzekerde/consument. De zorgverzekeraar stelt een overzicht van de preferente geneesmiddelen ter beschikking.

Artikel 12 Vergoeding grensoverschrijdende zorg

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het recht op (vergoeding van) zorg in het buitenland via zijn relevante openbare communicatiekanalen. Deze informatie omvat ook de voorwaarden die gelden voor de vergoeding van zorg in het buitenland, zoals in welke gevallen voorafgaande toestemming is vereist, op welke wijze buitenlandse nota's kunnen worden ingediend als het gaat om restitutie van de kosten, en welke vergoedingen hiervoor gelden. Daarbij geeft de zorgverzekeraar ook informatie over de European Health Insurance Card (EHIC) of een vervangend document (Provisional Replacement Certificate) welke gebruikt moet worden.

Artikel 13 Afwijzingsgronden

Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst, stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbericht. De afwijzing is in het afwijzingsbericht zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.

Artikel 14 Systeem van eigen risico

- 14.1 De zorgverzekeraar stelt in zijn relevante openbare informatiekkanalen alle voor de verzekerde relevante informatie over het verplicht en vrijwillig eigen risico beschikbaar. Dit betreft in ieder geval:
 - a. de hoogte van het eigen risico;
 - b. de vormen van zorg waarvoor het eigen risico niet geldt;
 - c. het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico;
 - d. het verzekeringsjaar waarop het eigen risico betrekking heeft;
- 14.2 Indien van toepassing vermeldt de zorgverzekeraar ook:
 - a. dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico, zoals bedoeld in artikel 2.17, tweede lid, Besluit zorgverzekering;
 - b. de mogelijke hoogte van het vrijwillig eigen risico;

- c. de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.

- 14.3 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde adequaat over welke kosten wel of niet zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en legt dit vast in een voor de verzekerde beschikbaar overzicht.

Overige artikelen

Artikel 15 Beantwoording vragen

- 15.1 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten op zodanige wijze dat dit aansluit bij het moment waarop het nodig is en de manier waarop de consument de informatie nodig heeft.
- 15.2 De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord.

Artikel 16 Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare informatiekkanalen over de premie, de premiegrondslag en de aspecten die de premie zichtbaar beïnvloeden.

Artikel 17 Opzegmogelijkheden van de verzekering

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare communicatiekanalen over hoe en wanneer de verzekering kan worden opgezegd.

Artikel 18 Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare communicatiekanalen over de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 19 Wijzigingen in de polisvoorwaarden

- 19.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerden tijdig over de voor hen nadelige wijzigingen in de polisvoorwaarden.
- 19.2 De ziektekostenverzekeraar publiceert de wijzigingen, zoals bedoeld in het eerste lid, tijdig via zijn relevante openbare communicatiekanalen.

Artikel 20 Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit en de bijbehorende procedure.

Artikel 21 Transparantie over zorgplicht

De zorgverzekeraar verstrekt adequate informatie over normen voor tijdigheid en bereikbaarheid van zorg en de mogelijkheden tot zorgbemiddeling.

Artikel 22 Intrekken oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-017 ingetrokken.

Artikel 23 Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-017 ingetrokken, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van ziektekostenverzekeraars die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen - en al dan niet beëindigd - in de periode dat die regeling gold.

Artikel 24 Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 april 2022. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet. De regeling ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

Ondertekening

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw voorzitter
Raad van Bestuur

Toelichting

Algemeen

Zorginformatie is vaak complex. Heldere informatie over de inhoud, de kwaliteit en de prijs van zorg is belangrijk voor het keuzeproces van verzekerden. Onder de zorgkeuze verstaan we bijvoorbeeld het kiezen van een zorgverzekering, het gebruik van cliëntondersteuning of het kiezen van een zorgaanbieder of een behandeling. Lange tijd was het uitgangspunt om zoveel mogelijk informatie voor consumenten beschikbaar te stellen, met bijbehorende administratieve lasten voor ziektekostenverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders. Ondersteuning van het keuzeproces van de consument vraagt echter om een transitie van méér informatie, naar bruikbare informatie.

Bruikbare informatie is informatie die ondersteunend is aan het keuzeproces van consumenten. Factoren die de bruikbaarheid voor consumenten positief beïnvloeden zijn het gebruik van duidelijke taal met

concrete voorbeelden en visuele elementen. Wij verwachten dat ziektekostenverzekeraars hier gebruik van maken en dat zij zelf ook onderzoek (laten) doen naar de behoeften van hun verzekerden. Ook verwachten wij dat ziektekostenverzekeraars vanuit hun unieke positie met hun informatieverstrekking de consument begeleiden bij hun zorgkeuze en in ieder geval te allen tijde transparant zijn over de absolute basisinformatie.

De NZa heeft in deze regeling de eisen opgenomen waaraan ziektekostenverzekeraars minimaal moeten voldoen om de benodigde transparantie aan de consument te bieden. We stellen ziektekostenverzekeraars hierbij zo veel mogelijk in de gelegenheid om hun eigen initiatieven te ontplooien en zelf te bepalen op welke wijze ze aan normen, zoals gesteld in deze regeling en de wet, voldoen (principle based toezicht). Waar nodig grijpen we in, bijvoorbeeld als de informatieverstrekking onvoldoende is of onvoldoende duidelijk is hoe aan de normen voldaan moet worden. Bijvoorbeeld door de doelen nader te duiden, dan wel door de normen anderszins nader in te vullen (rule based toezicht).

Volledigheidshalve merkt de NZa op dat deze regeling invulling en nadere duiding geeft aan de algemene regels van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna Wmg) over informatievoorziening. De onderwerpen die in deze regeling staan benoemd, bevatten geen uitputtende opsomming van alle informatievereisten. In die gevallen die niet expliciet worden genoemd in deze regeling, zijn de algemene regels van de Wmg over informatievoorziening uiteraard gewoon van toepassing.

Artikelsgewijs

Artikel 3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op ziektekostenverzekeraars in de zin van artikel 1, onderdeel f, onder 1 en 3, van de Wmg. Dit betekent dat zowel verzekeraars die een basisverzekering als verzekeraars die een aanvullende zorgverzekering aanbieden aan deze regeling moeten voldoen. Wanneer er in de regeling 'zorgverzekeraar' staat, geldt de bepaling voor een verzekeraar die een basisverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna Zvw) aanbiedt. Wanneer er in de regeling 'ziektekostenverzekeraar' staat, geldt de bepaling zowel voor

verzekeraars die aanvullende ziektekostenverzekeringen als voor verzekeraars die basisverzekeringen aanbieden.

Op grond van artikel 40, derde lid, Wmg zijn verzekeraars verantwoordelijk voor de informatie die namens hen verstrekt wordt, bijvoorbeeld door volmachten en intermediairs. Deze informatie mag onder andere geen afbreuk doen aan het bepaalde bij of krachtens de Wmg, de Zvw, de Wet Langdurige Zorg (hierna: Wlz) of misleidend zijn, evenmin als de informatie die de verzekeraar zelf verstrekt. Aangezien de voorliggende regeling bepaald is krachtens de Wmg, mag de informatie die door volmachten en tussenpersonen wordt verstrekt namens een ziektekostenverzekeraar geen afbreuk doen aan het in deze nadere regel gestelde. Wanneer volmachten of intermediairs polissen aanbieden voor verzekeraars of anderszins namens hen informatie verstrekken, zijn deze verzekeraars er dus verantwoordelijk voor dat de informatieverstrekking door de volmachten en tussenpersonen voldoet aan de eisen als gesteld in deze regeling.

Volledigheidshalve wijzen wij erop dat op grond van artikel 44 Wmg onder meer geldt dat het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 40 tot en met 43a Wmg – waaronder het gestelde in deze regeling – mede van toepassing is ten aanzien van degene die voor een ziektekostenverzekeraar een administratie voert.

Artikel 4 Bruikbaarheid van informatie

Bruikbare informatie is informatie die ondersteunend is aan het keuzeproces van consumenten. De zorgverzekeraar zal daartoe regelmatig onderzoek moeten (laten) doen om inzicht te krijgen in de behoeften van de consument bij dit keuzeproces. Indien de uitkomsten van dat onderzoek daar aanleiding toe geven zal de zorgverzekeraar zijn informatieverstrekking daar op moeten aanpassen.

Daarnaast vinden we het voor het keuzeproces van de consument noodzakelijk dat bij het verstrekken van informatie wordt voldaan aan de volgende drie uitgangspunten.

a) Informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment Voor de NZa staat de zorgkeuze van consumenten en het proces dat ze daarbij doorlopen centraal. Het begrip zorgkeuze is breder bedoeld dan alleen de keuze voor een zorgaanbieder. We bedoelen alle zorg gerelateerde keuzes, zoals bijvoorbeeld de keuze voor een zorgverzekering. Consumenten maken verschillende keuzes in verschillende situaties. De informatiebehoefte kan veranderen als de omstandigheden veranderen. Het is daarom van belang dat informatie tijdig wordt verstrekt. Als een ziektekostenverzekeraar informatie te laat verstrekt is deze niet meer te gebruiken c.q. niet meer relevant voor de zorgkeuze waar de consument voor stond. Een consument kan hier nadelige gevolgen van ondervinden. Bij het verstrekken van informatie is het ook van belang om rekening te houden met de zorgfase waarin de consument zich bevindt, maar bijvoorbeeld ook met de ernst van de aandoening. Bij het kiezen van een zorgverzekering heeft de consument onder meer behoefte aan een

behapbaar overzicht van de kenmerken van de polis, de verschillen tussen polissen en de bijbehorende premiestelling.

b) Informatie sluit aan bij de vaardigheden van de consument Voor consumenten is het - om de informatie te begrijpen - van belang dat de informatie die zij ontvangen aansluit op hun vaardigheden. Dit betekent niet meer informatie dan nodig, dat de informatie voldoende concreet ofwel bruikbaar is, en dat de wijze van presentatie aansluit op de doelgroep. Het gebruik van duidelijke taal met concrete voorbeelden en visuele elementen kunnen hier aan bijdragen. Over het algemeen geldt dat consumenten beperkte tijd, capaciteit en motivatie hebben om alle relevante informatie tot zich te nemen. Consumenten zijn daarnaast in staat om slechts een beperkte hoeveelheid informatie per keer te verwerken. Ook de mate waarin zij de vaardigheid hebben om informatie te vinden, begrijpen en verwerken verschilt per persoon. Het is daarom van belang dat de zorgverzekeraar heeft nagedacht over het middel waarmee hij de informatie verstrekt aan de verzekerde of consument en dat hij hier ook onderzoek naar heeft gedaan. Het middel moet aansluiten bij de behoefte en de vaardigheden van de verzekerde. Het gaat hierbij om het informatiekanaal of het specifieke communicatiemiddel dat door de verzekeraar wordt gehanteerd. Voorbeelden hiervan zijn de website, telefonische informatieverstrekking, schriftelijke informatie, een app of bijvoorbeeld de 'mijn omgeving'. Hierbij moet ook de afweging worden gemaakt of informatie wel of niet op een openbare wijze moet worden verstrekt.

c) Informatie is juist, vindbaar en gemakkelijk vergelijkbaar Om de zorgkeuze van consumenten te vereenvoudigen, moeten zorgverzekeraars informatie verstrekken die juist, vindbaar en gemakkelijk vergelijkbaar is voor consumenten. Onder juist wordt verstaan dat de informatie feitelijke correct is. De informatie mag, op grond van hetgeen reeds in artikel 40, derde lid, van de Wmg is geregeld, bovendien geen afbreuk doen aan het bepaalde bij of krachtens de Wmg, de Zvw of de Wlz, en niet misleidend zijn. Informatie is in ieder geval vindbaar als deze op een logische en toegankelijk plek staat. Of informatie vindbaar is, kan bijvoorbeeld worden bepaald met onderzoek naar gebruikerservaring van eigen verzekerden of patiënten. Vergelijkbaarheid gaat over de uniformiteit waarin informatie wordt aangeboden. Standaardisatie van informatie over bijvoorbeeld soorten modelovereenkomsten helpt consumenten bij het vergelijken en ordenen van de keuze voor een zorgverzekering en ondersteunt daarmee het keuzeproces

Artikel 5 Typering polissen

De zorgverzekeringwet spreekt van modelovereenkomsten, recht op zorg en recht op vergoeding van kosten van zorg. In het dagelijkse taalpraktijk worden echter woorden zoals 'polissen' en de termen 'natura' en 'restitutie' gebruikt. Om de eenheid van taal te borgen sluit de NZa bij de typering van modelovereenkomsten aan bij de begrippen die tevens in de dagelijkse praktijk voorkomen.

De zorgverzekeraar maakt alle polissen, voorwaarden en reglementen openbaar zodat consumenten weten waar ze uit kunnen kiezen. Om polissen goed te kunnen vergelijken is het belangrijk dat de consument eenvoudig kan zien tot welk type een polis behoort. De NZa schrijft in dit artikel voor dat een verzekeraar voor elke polis moet aangeven tot welke van de volgende drie types polissen een zorgverzekering behoort: de natura-, de combinatie- of de restitutiepolis.

Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg. De verzekerde weet daarom dat als hij een naturapolis afsluit de zorg bij gecontracteerde aanbieders door de verzekeraar betaald wordt, volgens de prijs die de verzekeraar met de aanbieder afgesproken heeft. Ook weet de verzekerde dat als hij een niet-gecontracteerde aanbieder kiest, er vaak vergoedingsbeperkingen gelden.

Wanneer bij een polis sprake is van een recht op vergoeding van zorg in plaats van een recht op zorg voor een bepaalde aanspraak of prestatie vanwege feitelijke belemmeringen (inkoop van zorg is door overmacht niet mogelijk) mag de polis alsnog als naturapolis aangemerkt worden. Vooralsnog denken we hierbij alleen aan naturapolissen waarbij vergoeding van zorg in het buitenland is vormgegeven als een recht op vergoeding van zorg. Randvoorwaarde is uiteraard dat duidelijk wordt aangegeven dat ten aanzien van de betreffende prestatie sprake is van een recht op vergoeding in plaats van recht op zorg.

Bij een restitutiepolis is het uitgangspunt dat een verzekeraar de nota van de zorgaanbieder vergoedt, ongeacht of de aanbieder is gecontracteerd of niet. De verzekeraar mag echter niet meer vergoeden dan het marktconforme tarief: als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten mag de verzekeraar dit deel niet vergoeden. Zie voor meer uitleg hierover het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025).

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 termen 'restitutie', 'restitutiepolis', 'natura' en 'naturapolis' worden exclusief gebruikt in de beschrijving van het type polis zoals in het vierde en vijfde lid van artikel 5 van deze regeling benoemd. Dit betekent dat deze termen niet mogen worden gebruikt voor andere typen polissen. Een 'combinatiepolis' mag dus niet als 'polis met restitutie' worden aangeduid. Dit geldt voor alle informatie die bedoeld is voor de consument, zoals de naam van de polis, reclame-uitingen, en informatie op de website.

De verzekeraar informeert de consument natuurlijk wel of er sprake is van een polis met recht op zorg of recht op vergoeding van zorg als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw.

Artikel 6 Gebruik term marktconform tarief

Aangezien een uniforme definitie van de term 'marktconform tarief' voor consumenten van groot belang is om de verschillende polissen in de markt te kunnen vergelijken is door de NZa besloten om in het belang van de consument een uniforme definitie verplicht te stellen. De NZa volgt met deze definitie artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering welke als volgt is geformuleerd:

Artikel 2.2 Besluit zorgverzekering

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

Door het uniforme gebruik van de term marktconform tarief zoals dat met deze regeling is geborgd, zal de term voornamelijk gebruikt worden voor het beschrijven van de vergoeding bij restitutiepolissen. Ook bij natura- of combinatiepolissen mag van marktconform tarief worden gesproken, mits 'marktconform' daarbij op dezelfde wijze wordt ingevuld als volgt uit artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

De term marktconform tarief mag dus niet als synoniem gebruikt worden voor het 'gemiddeld gecontracteerd tarief' of andere varianten hiervan die vaak door verzekeraars gebruikt worden als uitgangspunt om bij natura- en combinatiepolissen de vergoedingsbeperking te berekenen voor niet-gecontracteerde zorg.

Dit artikel heeft geen betrekking op de vergoeding van zorg door niet gecontracteerde zorgaanbieders zoals geregeld in artikel 13 Zvw.

Artikel 7 Transparantie over (nagenoeg) gelijke polissen

Polissen kunnen op vele onderdelen van elkaar verschillen. Voor consumenten is vaak onduidelijk waar de verschillen precies zitten. Daarom is het voor verzekerden vaak moeilijk om zich te oriënteren. Een extra obstakel is hierbij dat een deel van de polissen die op het oog anders lijken te zijn, inhoudelijk in feite gelijk of nagenoeg gelijk zijn. Zo worden identieke polissen bijvoorbeeld aangeboden door verschillende verzekeraars die onder hetzelfde concern vallen, maar dan onder een andere polisnaam of met een eigen merkbeleving aangeboden. De NZa

vindt dat zorgverzekeraars transparant moeten zijn over dergelijke polissen.

Artikel 7.1

Wanneer polissen die binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden gelijk of nagenoeg gelijk zijn, plaatst elke zorgverzekeraar een overzicht van deze (nagenoeg) gelijke polissen op zijn eigen relevante openbare communicatiekanalen. Een voorbeeld van nagenoeg identieke modelovereenkomsten is de situatie waarin sprake is van marginale verschillen tussen twee modelovereenkomsten wat betreft het gecontracteerde aanbod, zoals dat enkele zorgaanbieders meer of minder zijn gecontracteerd. Ook wanneer polissen die vanuit een individuele zorgverzekeraar worden aangeboden gelijk of nagenoeg gelijk zijn, moet de betreffende zorgverzekeraar het overzicht van deze (nagenoeg) gelijke modelovereenkomsten plaatsen.

De zorgverzekeraar moet het overzicht bij zijn aanbod plaatsen op of via de eigen relevante communicatiekanalen. Hierbij gaat het in ieder geval om de website, maar ook andere relevante openbare communicatiekanalen kunnen onder deze verplichting vallen. Dit is afhankelijk van de vraag welke kanalen de verzekeraar gebruikt om een aanbod te doen aan de verzekerde.

De zorgverzekeraar moet het overzicht altijd op een direct zichtbare plek plaatsen, op de plek waar ook het aanbod van de polissen en de premies staan. Dit kan door het overzicht zelf op deze pagina bij de betreffende informatie te plaatsen of door middel van een duidelijke directe link naar het overzicht op deze plek. Het is namelijk van belang dat voor een consument, tijdens het oriënteren naar een bij hem passende polis, direct zichtbaar is dat naast het aanbod van de zorgverzekeraar een overzicht met (nagenoeg) gelijke modelovereenkomsten bestaat. De verzekerde is zich nog aan het oriënteren als hij zich nog niet heeft ingeschreven voor een specifieke zorgverzekering, maar bijvoorbeeld alleen een premie-aanbod wil bekijken.

Van een concern in de zin van deze regeling is sprake zodra verschillende ondernemingen organisatorisch met elkaar zijn verbonden en zo een economische eenheid vormen. Daarmee gaat de NZa uit van de groepsdefinitie op grond van artikel 2:24, onder b, van het Burgerlijk Wetboek. Dat betekent dat wanneer een rechtspersoon de meerderheid van de stemrechten in een andere rechtspersoon uitoefent, of daarin de meerderheid van de bestuurders of commissarissen kan benoemen of ontslaan, die bepalende rechtspersoon als moeder wordt gezien, zoals bedoeld in artikel 2:24, onder a, van het Burgerlijk Wetboek. Alleen het hebben van de meeste aandelen is dan niet allesbepalend. Een rechtspersoon die op grond van een andersoortige regeling, zoals een stemovereenkomst, doorslaggevende invloed heeft kan dus ook een moeder zijn. Omdat het hier gaat om verzekeraars die op grond van de wet op het financieel toezicht (Wft) onder toezicht van De Nederlandsche Bank staan, is het ook relevant hoe de Wft dit beschrijft. Artikel 1:1 Wft stelt dat ook sprake van een concern of groep kan zijn als 'naar het oordeel van de Nederlandsche Bank, een moederonderneming feitelijk een overheersende invloed uitoefent'. De NZa zal het oordeel van DNB hierin volgen.

Artikel 7.2

In het overzicht benoemt de zorgverzekeraar, in aanvulling op hetgeen in het eerste lid van dit artikel is aangegeven, ten minste de naam van de polis, de naam van de risicodragende ziektekostenverzekeraar en de premiegrondslag van de polis. Het onder b genoemde element geldt alleen wanneer polissen welke (nagenoeg) gelijk zijn binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden.

Artikel 8 Informatievoorziening rondom collectieve zorgverzekeringen**Artikel 8.1.**

Op basis van artikel 40 Wmg kan de NZa regels stellen over de informatieverstrekking van ziektekostenverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) aan consumenten. De NZa is niet bevoegd om regels te stellen die collectiviteiten rechtstreeks binden. De informatieverstrekking van de zorgverzekeraar via het collectief mag echter geen afbreuk doen aan het bepaalde bij of krachtens de Wmg, Zvw of Wlz en mag niet misleidend zijn. Dat betekent dat de zorgverzekeraar moet zorgen dat het collectief, waar de zorgverzekeraar een contract mee heeft, aan de verzekerde duidelijk maakt welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteit aanbiedt (welke modelovereenkomst, op grond van artikel 18, eerste lid, Zvw, in de collectiviteitsovereenkomst is aangewezen).

Het doel van het artikel is om consumenten te helpen om eenvoudiger te kunnen vaststellen op welke modelovereenkomst een zorgverzekering die via een collectiviteit wordt aangeboden is gebaseerd. De consument kan deze zorgverzekering dan beter vergelijken met andere zorgverzekeringen.

Zorgverzekeraars moeten er voor zorgen dat de collectiviteit duidelijk maakt welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteit aanbiedt en welke verschillen bestaan tussen het aanbod van de collectiviteit en de betreffende modelovereenkomst van de zorgverzekeraar. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de eventuele collectiviteitskorting en de eventuele extra dekkingen in de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 8.2.

Deze algemene bepaling vormt een aanvulling op de bepaling in het eerste lid. Waar het eerste lid betrekking heeft op de informatieverstrekking van de aanbieder van de collectiviteiten (bijvoorbeeld een werkgever), heeft deze bepaling betrekking op de informatievoorziening van de zorgverzekeraar. Deze bepaling heeft als doel om zorgverzekeraars informatie te doen verstrekken die consumenten in staat stelt om een vergelijking te maken tussen zorgverzekeringen die met en zorgverzekeringen die zonder collectiviteit worden aangeboden. De zorgverzekeraar is in beginsel vrij om te bepalen op welke wijze zijn informatievoorziening bijdraagt aan deze vergelijkbaarheid. Wel moet het voor verzekerden zo direct mogelijk duidelijk zijn om welke modelovereenkomst het gaat en wat de bijbehorende premie en collectiviteitsvoordelen zijn. Hierbij mogen geen

extra belemmeringen worden gebruikt door het vragen van onnodige persoonsgegevens zoals leeftijd en geslacht.

Artikel 8.3.

Deze bepaling heeft betrekking op de situatie die zich bijvoorbeeld kan voordoen als een modelovereenkomst met collectiviteit wordt aangeboden door een volmacht of een tussenpersoon.

De toepasbaarheid op volmachten is van belang omdat volmachten optreden namens de zorgverzekeraar maar opereren onder een andere naam. Volmachten worden in de praktijk ook vaak aangeduid als 'merk'. In de praktijk is niet altijd duidelijk dat het merk dat wordt aangeboden niet een zorgverzekering is van de volmacht, maar een modelovereenkomst betreft van een zorgverzekeraar. Op grond van deze bepaling moeten zorgverzekeraars ervoor zorgdragen dat de volmachten, die namens hen collectiviteiten aanbieden, duidelijk maken op welke modelovereenkomst de collectiviteiten betrekking hebben.

De toepasbaarheid op tussenpersonen c.q. intermediairs is - mogelijk - van belang omdat onderzoek heeft aangetoond dat een groot deel van de collectiviteiten wordt aangeboden middels een tussenpersoon (zie bijvoorbeeld: *NZa Monitor Collectieve zorgverzekeringen 2016*, hst. 3.1). Als een tussenpersoon niet geheel zelfstandig optreedt, doordat hij de modelovereenkomst aanbiedt (met collectiviteit) op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar en/of collectiviteiten, dan is artikel 40 lid 3 Wmg evenzeer van toepassing. Dit betekent ook dat de zorgverzekeraar er voor zorg moet dragen dat deze tussenpersonen die een zorgverzekering aanbieden met een collectiviteit - evenzeer als de collectiviteiten - aangeven op welke modelovereenkomst deze zorgverzekering betrekking heeft en welke verschillen tussen beide producten bestaan.

Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

Artikel 9.1

Artikel 9 ziet op alle verschillende situaties waarin de consument (een deel van) de kosten van een behandeling of dienst zelf betaalt. De consument kan bijvoorbeeld een eigen bijdrage verschuldigd zijn voor de zorg, of een deel van de kosten moeten betalen vanwege het eigen risico. Ook kan het zijn dat de verzekeraar de vergoeding van de behandeling of dienst beperkt, omdat de consument er voor kiest om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, terwijl de zorg tijdig geleverd had kunnen worden door een gecontracteerde zorgaanbieder. De overeenkomst in al deze situaties is dat het voor consumenten belangrijk is om inzicht te hebben in welke kosten zij kunnen verwachten vóórdat zij kiezen voor een zorgaanbieder, een behandeling of een polis. De verzekeraar moet hier inzicht in kunnen geven. Dit betekent dat de verzekeraar alle informatie moet geven die nodig is voor de consument om de kosten te kunnen bepalen die hij moet betalen. Het gaat er uiteindelijk om dat de consument zoveel als mogelijk de financiële gevolgen van zijn keuze kan overzien.

Dit omvat bijvoorbeeld de volgende informatie:

- a. het percentage dat de consument zelf zal moeten betalen van een in rekening gebracht tarief voor de betreffende zorg of dienst;
- b. het tarief waar het percentage bedoeld in onderdeel a over berekend wordt voor zover de consument dit nodig heeft om te kunnen bepalen welk bedrag de consument zelf zal moeten betalen;
- c. de wettelijke eigen bijdrage die de consument in totaal moet betalen voor de betreffende zorg of dienst;
- d. het eigen risico dat de consument in totaal moet betalen voor de betreffende zorg of dienst;
- e. het totale bedrag dat voor rekening komt van de consument voor de betreffende zorg of dienst.

Als de zorgverzekeraar informatie verstrekt aan de consument over de gevolgen van een behandeling of dienst voor het eigen risico van de consument, dan kan van belang zijn dat de zorgverzekeraar de consument tegelijkertijd over de volgende punten informeert:

- a. over welk polisjaar het eigen risico verrekend zou kunnen worden, afhankelijk van de startdatum van de behandeling of dienst;
- b. bij zorg die als dbc wordt gedeclareerd: dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico als de startdatum van de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar valt dan de startdatum van de initiële dbc;
- c. dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

Artikel 9.1 en 9.2.

Bij artikel 9.1 gaat het uiteraard om informatie waarover de zorgverzekeraar beschikt of redelijkerwijs behoort te beschikken. Er zijn een aantal situaties te bedenken waarbij van de zorgverzekeraar niet kan worden verwacht dat deze alle benodigde informatie heeft om de consument een compleet antwoord te kunnen geven op welke kosten de consument kan verwachten van een behandeling of dienst. Bijvoorbeeld:

- Wanneer een consument niet nauwkeurig genoeg kan aangeven welke behandeling of dienst hij verwacht te krijgen.

- Wanneer de verzekeraar niet kan beschikken over deze informatie, omdat hij geen contract heeft gesloten met de betreffende zorgaanbieder.

- Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de prijslijst van de zorgaanbieder.

Het is dan wel de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om zodanige inspanningen te verrichten om een zo volledig mogelijke inschatting van de kosten te kunnen geven.

Wanneer een consument niet nauwkeurig genoeg kan aangeven welke behandeling of dienst hij verwacht te krijgen, kan een verzekeraar alleen maar een inschatting geven van de te verwachten kosten. Dit speelt vooral bij behandelingen in de medisch specialistische zorg, waarbij het vooraf vaak niet duidelijk is welke behandeling een consument nodig heeft en de dbc-code van deze behandeling dus ook nog niet duidelijk is. Zonder deze dbc-code kan de verzekeraar vaak alleen een inschatting geven van de te verwachten kosten, en kan de consument dus geen zekerheid krijgen vooraf over de te verwachten kosten.

Wanneer de verzekeraar geen contract heeft gesloten met een zorgaanbieder, kan van de verzekeraar niet worden verwacht dat deze alle benodigde informatie heeft om de consument een compleet antwoord te kunnen geven op welke kosten de consument kan verwachten van een behandeling of dienst bij deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval is het de verantwoordelijkheid van de verzekeraar om de consument uit te leggen dat deze eerst aanvullende informatie bij de zorgaanbieder kan opvragen, zoals het tarief van een behandeling of dienst, en dat de consument daarna met deze informatie terug kan komen bij de verzekeraar om dan alsnog een compleet antwoord te krijgen omtrent de financiële gevolgen van zijn keuze. Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de prijslijst van de contracteerde zorgaanbieder, zal hij moeten kunnen aantonen dat hij zich voldoende heeft ingespannen om de prijslijsten tijdig beschikbaar te krijgen, bijvoorbeeld door hierover bepalingen op te nemen in de contracten tussen verzekeraar en zorgaanbieder en de naleving van deze bepalingen zo nodig af te dwingen. Wanneer de zorgverzekeraar de informatie over de kosten van de zorg niet (volledig) kan verstrekken aan de consument omdat de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de geldende prijslijst van de gecontracteerde zorgaanbieder, geeft de zorgverzekeraar deze informatie zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde voor het overige een indicatie van de kosten.

Daarnaast is het voor de zorgverzekeraar soms alleen mogelijk om aan te geven wat de te verwachten kosten zijn op een bepaald moment. Bijvoorbeeld wanneer eigen bijdrages (zoals voor medicijnen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem) tijdens het jaar worden aangepast. De verzekeraar kan in dat geval alleen aangeven wat de eigen bijdrage op het moment is, zonder dat dit een garantie is voor de toekomstige eigen bijdrage.

Ook kan de verzekeraar voor het te verwachten eigen risico niet overzien welke declaraties nog door zorgaanbieders ingediend worden tussen het moment waarop de consument om de te verwachten kosten vraagt en de daadwerkelijke behandeling. In de praktijk kan dit betekenen dat de verzekeraar het te betalen eigen risico te hoog inschat, omdat de consument/verzekerde in de tussentijd het eigen risico met andere behandelingen of diensten al heeft voldaan.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

Dit artikel gaat over de gecontracteerde zorg en de eisen die in dat kader aan de informatieverstrekking worden gesteld. Dit artikel omvat op hoofdlijn de verplichtingen uit de oude artikelen 13 t/m 15 van de regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten met kenmerk TH/NR-017 (algemene informatie over (niet) gecontracteerde zorg, gecontracteerd zorgaanbod en volumeafspraken en omzetplafonds). Er is voor gekozen om deze drie artikelen samen te voegen om dat zij alle drie gaan over de gevolgen van contractering voor de consument. Hierbij is ook gekozen voor een nieuwe opzet. Daarbij wordt eerst ingegaan op de mogelijke gevolgen van contractering in zijn algemeenheid en vervolgens op de gevolgen van bepaalde specifieke contracteringsvormen zoals omzetplafonds.

Het artikel is algemeen geformuleerd en is niet enkel gericht op bijvoorbeeld naturapolissen. Bij restitutiepolicen kan ook sprake zijn van contractering. Uitgangspunt is dus de vraag of de contractering of zorginkoop (mogelijk) gevolgen heeft voor verzekerden. Als dat het geval is zal de zorgverzekeraar over die gevolgen transparant moeten zijn.

De verplichtingen van het artikel hebben betrekking op de openbare informatieverstrekking door de zorgverzekeraar over gecontracteerde zorg. Dit is dus informatie die voor een ieder toegankelijk is. Het gaat dus niet over de (financiële) gevolgen van gecontracteerde zorg in de specifieke situatie van een individuele consument. Artikel 9 beschrijft de informatieverplichtingen ten aanzien van (de financiële gevolgen voor) de individuele consument.

Bij de keuze voor een nieuwe zorgverzekering moet het voor consumenten inzichtelijk zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Voor consumenten kan het namelijk relevant zijn uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen. Zo kunnen consumenten ook nagaan bij welke zorgaanbieders zij bepaalde voordelen genieten, bijvoorbeeld bepaalde afspraken die de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder heeft gemaakt over kwaliteit of dienstverlening en ondersteuning door de zorgverzekeraar in geval van een geschil tussen de verzekerde en de zorgaanbieder. Of dat rekening moet worden gehouden met omzetplafonds of volumeafspraken.

10.1

Onder 'mogelijke consequenties voor de verzekerde' moeten niet alleen financiële consequenties worden verstaan, maar ook andere consequenties voor de verzekerde als gevolg van gecontracteerde zorg en eventuele contractuele afspraken die gevolgen kunnen hebben voor de verzekerde. Ook bij een restitutiepolicen kan het voor de consument relevante keuze-informatie zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn bij het kiezen van een polis of zorgaanbieder. Wanneer er bijvoorbeeld prijsafspraken bestaan met een gecontracteerde aanbieder, weet een verzekerde dat hij normaliter bij deze aanbieder niet geconfronteerd zal worden met een excessief tarief dat op grond van artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering niet in zijn geheel vergoed mag worden. Ook voor deze polissen moeten de consumenten daarom geïnformeerd worden over (de gevolgen van) de gecontracteerde zorg.

Het oude artikel was specifiek gericht op bepaalde informatie die moest worden verstrekt. Het nieuwe artikel sluit daarentegen aan bij alle informatie over gecontracteerde zorg die de verzekerde nodig heeft. Dat kan soms meer en soms ook minder zijn dan onder de oude verplichtingen het geval was. De verzekeraar heeft met dit nieuwe artikel meer de vrijheid om de informatie te verstrekken die daadwerkelijk relevant is. Wel kan worden verwacht dat bepaalde basisinformatie altijd nodig zal zijn. Denk dan in ieder geval aan:

- a. of er sprake is van gecontracteerde zorg en voor welke zorgvormen;
- b. of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking en hoe groot die beperking is;

- c. indien van toepassing de tarieflijsten met vergoedingen waarover de vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt.

Bij het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vermeldt de zorgverzekeraar de voor het keuzeproses van de consument relevante informatie. Hierbij is in ieder geval te denken aan de volgende zaken:

- a. hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;
- b. wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd;
- c. indien van toepassing (zie ook derde lid), een algemeen toelichtende tekst inhoudende:
 - dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn;
 - dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;
 - wat de mogelijke gevolgen zijn voor de verzekerde van het afsluiten van een zorgverzekering wanneer nog niet alle contracten zijn afgesloten.
- d. voor welke periode de contracten zijn afgesloten.

10.2

Volumeafspraken en omzetplafonds kunnen gevolgen hebben voor een verzekerde. Het bereiken van een omzetplafond kan bijvoorbeeld als gevolg hebben dat de zorgverzekeraar de zorgaanbieder niet meer financiële ruimte biedt om patiënten te behandelen. Wanneer een zorgaanbieder vervolgens patiënten kan weigeren, omdat er geen doorleverplicht is vastgelegd in het contract tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder of een andersoortige constructie bestaat waardoor op voorhand geregeld is dat de consument geen gevolgen zal ervaren van het bereiken van een afgesproken volume of plafond, is het voor de consument belangrijk om deze mogelijke consequentie voor het afsluiten van de zorgverzekering te kennen.

Artikel 11 Geneesmiddelenbeleid

Voor de verzekerde moet het inzichtelijk zijn welke consequenties het geneesmiddelenbeleid van zijn zorgverzekeraar voor hem heeft. Een voorbeeld van geneesmiddelenbeleid is het preferentiebeleid. Algemeen gesteld houdt het preferentiebeleid in dat een zorgverzekeraar binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (middelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde dosering) een voorkeursmiddel aanwijst – meestal het goedkoopste geneesmiddel in die groep – dat hij vergoedt. Hierop zijn diverse varianten mogelijk.

Informatie over het geneesmiddelenbeleid dat de verzekeraar voert moet beschikbaar zijn zodat de consequenties ervan voor de verzekerde helder zijn. Het moet duidelijk zijn welke geneesmiddelen in welke situatie en onder welke voorwaarden worden verstrekt. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen hoe deze informatie wordt verstrekt zo lang de informatie maar aansluit bij de informatiebehoefte van de consument. Hierbij kan hij bijvoorbeeld kiezen voor initieel een algemene beschrijving van het beleid waarbij de verzekerde desgewenst kan

inzoomen en na kan gaan wat de gevolgen van het beleid zijn in zijn specifieke situatie voor zijn geneesmiddel.

Artikel 12 Vergoeding grensoverschrijdende zorg

Verzekerden kunnen gebruik maken van zorg in het buitenland. Het kan gaan om gecontracteerd maar ook om niet-gecontracteerde zorg waarvoor zij een buitenlandse nota indienen bij hun zorgverzekeraar. Het moet dan, net als voor zorg binnen Nederland, voor hen vooraf duidelijk zijn onder welke voorwaarden zij buitenlandse nota's kunnen indienen en welke vergoedingen hiervoor gelden. Ook moet duidelijk zijn in welke gevallen de verzekerde om voorafgaande toestemming moet vragen en wat de consequenties zijn in het geval deze toestemming niet (tijdig) wordt gevraagd.

Als het gaat om niet-geplande zorg binnen de EU, EER en Zwitserland, kan de verzekerde gebruik maken van de European Health Insurance Card (EHIC) in het geval zorg noodzakelijk is geworden gedurende zijn verblijf in een andere lidstaat. Door het gebruik van de EHIC kan worden voorkomen dat de verzekerde zelf de kosten moet voorschieten. De buitenlandse zorgverlener kan de kosten via de EHIC rechtstreeks declareren bij de Nederlandse ziektekostenverzekeraar. Omdat verzekerden vaak niet op de hoogte zijn van het bestaan van de EHIC en de voorwaarden, is het van belang dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden hierover informeert.

Artikel 13 Afwijzingsgronden

De zorgverzekeraar kan in sommige gevallen een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijzen. Voor de verzekerde is het belangrijk uitleg te krijgen waarom zijn aanvraag is afgewezen. Dit stelt een verzekerde ook in staat om de afwijzing door de zorgverzekeraar te controleren. Daarom moet een afwijzing van vergoeding van zorg volledig, juist, tijdig en begrijpelijk zijn onderbouwd in het afwijzingsbericht. Het kan zowel gaan om een afwijzing van het vergoeden van zorg vooraf aan de zorgverlening, als afwijzing van een declaratie wanneer deze door verzekerde direct is ingediend bij verzekeraar. Het is ook voor de verzekerde van belang om te weten wat deze kan doen bij een afwijzingsbericht daarom is in artikel 20 van deze Regeling de verplichting voor de zorgverzekeraar opgenomen dat deze de verzekerde informeert over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit en de bijbehorende procedure.

Artikel 14 Systeem van eigen risico

In de basisverzekering is een verplicht eigen risico opgenomen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om een vrijwillig eigen risico aan te bieden. Verder is het mogelijk om kosten van zorggebruik (deels) niet ten laste te brengen van het eigen risico (gedifferentieerd). Dit geldt voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn wat de gevolgen van het eigen risico zijn voor zijn aanspraak op vergoeding of zorg. De

methode van verrekening van het eigen risico moet duidelijk zijn, waaronder ook tot wanneer verrekening van het eigen risico nog kan plaatsvinden.

Daarnaast moeten verzekerden goed geïnformeerd worden over de kosten van zorg die zij genoten hebben in verband met de betaling van het eigen risico. De informatie moet in een overzicht zijn opgenomen en begrijpelijk zijn voor verzekerden zodat zij de gedeclareerde kosten kunnen controleren.

Artikel 15 Beantwoording vragen

Deze bepaling verplicht verzekeraars te antwoorden op een wijze die aansluit bij de behoefte van de consument. Dit ziet zowel op het moment waarop de verzekeraar de benodigde informatie aanbiedt aan consumenten als ook de wijze (het communicatiemiddel).

Het is namelijk van belang dat de consument de informatie kan meewegen in zijn beslissing voor bijvoorbeeld een bepaalde behandeling, zorgaanbieder als ook het kiezen van een polis. Wanneer de informatie betrekking heeft op de vergoeding van zorg of het gecontracteerde zorgaanbod weegt de informatie mogelijk mee in de keuze voor een behandelaar of behandeling, en is tijdige informatieverstrekking ook van belang voor de mogelijkheid van de verzekerde om tijdig behandeld te kunnen worden bij een zorgaanbieder. Daarnaast geldt ook voor deze informatie dat deze een rol kan spelen bij het kiezen van een zorgverzekering.

In de overstapperiode is tijdig vaak dusdanig tijdig dat de consument de informatie nog kan meewegen in zijn beslissing over het kiezen van een polis, tenzij de consument zodanig laat een (complexe) vraag stelt dat van de verzekeraar niet meer mag worden verwacht dat de vraag voor het einde van de overstapperiode beantwoord kan worden.

Deze verplichting geldt niet alleen voor de informatie die de ziektekostenverzekeraar moet geven op grond van deze regeling, maar voor alle informatie die de verzekeraar moet verstrekken op grond van de bredere informatieverplichting zoals vastgelegd in artikel 40 van de Wmg.

De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord. Er zijn tegenwoordig polissen die op digitale wijze met de verzekerde communiceren. Indien de verzekerde vraagt om een schriftelijke bevestiging moet een verzekeraar daar wel naar luisteren.

Artikel 16 Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

Voor de consument moet duidelijk zijn waar de premie op is gebaseerd, welke premie hij uiteindelijk moet betalen en door welke zaken de premie wordt beïnvloed.

Hierbij valt te denken aan korting voor het kiezen van een vrijwillig eigen risico of een collectiviteitskorting bij de zorgverzekering, maar ook aan

een leeftijdstoelag of een toeslag op de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering als er geen zorgverzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar is afgesloten. Ten slotte vallen hier ook kortingen op de te betalen premie onder zoals bijvoorbeeld een korting vanwege automatische incasso of jaarbetaling. Dit geldt voor zowel de zorgverzekering als de aanvullende verzekering.

Artikel 17 Opzegmogelijkheden van de verzekering

Voor de verzekerde moet duidelijk zijn wat de mogelijkheden zijn en op welke wijze en wanneer de verzekering kan worden opgezegd.

Hierbij kan een verzekeraar de volgende mogelijkheden benoemen:

- a. tot en met 31 december van jaar t kan een verzekerde zijn zorgverzekering opzeggen voor het jaar t+1;
- b. de wijze waarop de verzekering opgezegd moet worden;
- c. de verzekerde is verplicht om vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering af te sluiten;
- d. bij afsluiting van de zorgverzekering tussen 1 januari en 1 februari gaat de verzekering met terugwerkende kracht in per 1 januari;
- e. de mogelijkheid om op te zeggen als de zorgverzekeraar de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt ten nadele van de verzekerde en de wijziging niet voortvloeit uit of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a van de Zvw.

Artikel 18 Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekosten verzekering

De consument moet inzicht hebben in de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering. In tegenstelling tot de zorgverzekering (basisverzekering) bestaat er voor de aanvullende ziektekostenverzekering immers geen acceptatieplicht en dat is niet altijd bekend bij de consument. De zorgverzekeraar moet heel duidelijk en expliciet zijn over bepalingen die de toegang tot de verzekering of de vergoeding beperken. Te denken valt aan:

- a. (medische) vragen bij aanvraag van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- b. wachttijd tot aanspraak bestaat op vergoeding van kosten uit de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 19 Wijzigingen in de polisvoorwaarden

Het is van belang dat de verzekerde tijdig wordt geïnformeerd over de voor hem nadelige wijzigingen in de zorg- en de aanvullende verzekering. Onder tijdig wordt verstaan, dat de informatie de verzekerde bereikt, voordat de wijziging ingaat. Het gaat hier om zowel wettelijke veranderingen in de zorgverzekering als veranderingen in de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft doorgevoerd. Verzekerden moeten geïnformeerd zijn over relevante wijzigingen in zowel de zorg- als aanvullende verzekering.

Artikel 20 Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

Verzekerden moeten hun recht kunnen halen als ze het niet eens zijn met een beslissing van hun zorgverzekeraar, bijvoorbeeld bij een afwijzingsbericht als bedoeld in artikel 13 van de Regeling. Daarom is het belangrijk dat zij informatie hebben over de mogelijkheid tot het indienen van klachten bij de zorgverzekeraar en de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij een afwijzing van een aanvraag of een klacht, kan de verzekerde een verzoek tot heroverweging van de aanvraag/klacht bij de zorgverzekeraar indienen.

Artikel 21 Transparantie over zorgplicht

Een zorgverzekeraar heeft in geval van een naturapolis een zorgplicht om ervoor te zorgen dat zijn verzekerde (tijdig) de zorg krijgt die hij nodig heeft en waar hij wettelijk aanspraak op heeft. Bij een restitutiepolis betreft de zorgplicht de vergoeding van de kosten van zorg die de verzekerde nodig heeft en waar hij wettelijk aanspraak op heeft, en zorgbemiddeling als de verzekerde daarom verzoekt.

De zorgplicht staat in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet. Meer uitleg over de zorgplicht geven we ook in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025). Hierin zijn een aantal normen over tijdigheid en bereikbaarheid opgenomen. Onderdeel hiervan zijn de Treeknormen over de tijdigheid van zorg, die door het veld zijn vastgesteld. Daarnaast kan het zijn dat de zorgverzekeraar ook eigen normen hanteert op het gebied van tijdigheid en bereikbaarheid

Consumenten zijn niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden met betrekking tot zorgbemiddeling. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld helpen bij het vinden van een zorgaanbieder met minder lange wachtlijsten. De verzekeraar moet er voor zorgen dat zijn verzekerden over adequate informatie kunnen beschikken over voor wie en hoe de wachtlijstbemiddeling beschikbaar is.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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