

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Neurostimulatie, zorgplicht, schending informatieplicht, niet nakomen toezeggingen
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Regeling
informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-017 en TH/
NR-022, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202201540
Zittingsdatum : 8 maart 2023

1. Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 12 september 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 oktober 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 8 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 november 2022 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 23 december 2022 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2023 gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgzaam Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorgzaam Ster 5 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft bij brief van 2 augustus 2022 de Klachtencommissie van de ziektekostenverzekeraar benaderd omdat haar brieven niet werden beantwoord en gedane toezeggingen niet werden nagekomen. Binnen de toepasselijke termijn van dertig dagen ontving verzoekster hierop geen reactie, waarna zij haar zaak heeft voorgelegd aan de commissie.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoekster toegelicht dat zij kampt met ernstige zenuwpijnen door versleten ruggenwervels. Zij heeft 24 uur per dag toezicht en steun nodig en ondervindt bijwerkingen van de geneesmiddelen oxycodon en nortryptiline. Aanvankelijk is verzoekster behandeld met corticosteroid-injecties in de onderrug. Vervolgens is door haar gebruik gemaakt van een TENS-apparaat. De verschillende elektroden irriteerden de huid echter. Om die reden is met de behandelend medisch specialist van de pijnpoli gesproken over de mogelijkheid van het plaatsen van een neurostimulator. Volgens verzoekster stond deze

arts hier positief tegenover, maar kon de behandeling om financiële redenen niet plaatsvinden in het desbetreffende ziekenhuis. Het aanbod de behandeling zelf te betalen bracht hierin geen verandering omdat het ziekenhuis vreesde voor tweedeling in de zorg.

Nadat de betrokken arts eerst had toegezegd verzoekster te zullen verwijzen naar de St.

Maartenskliniek in Nijmegen, kwam hij hierop later terug en stelde hij dat de verwijzing vanuit de huisarts moest komen. De huisarts heeft verzoekster hierna doorverwezen naar de St.

Maartenskliniek. Aldaar wilde men verzoekster niet behandelen omdat een indicatie voor SCS (Spinal Cord Stimulation) een voorafgaande FBSS (Failed Back Surgery Syndrome) is. Zonder voorafgaande rugoperatie wordt neurostimulatie niet vergoed. Om die reden was ook een intake niet mogelijk. Hierop heeft de huisarts verklaard dat een rugoperatie niet opportuun is, gezien de fysieke conditie en leeftijd van verzoekster (geboren 1942). Opnieuw wees de St. Maartenskliniek het verzoek om een intake af. Op het aanbod van verzoekster de behandeling - ten bedrage van ca. € 25.000,- - zelf te betalen besloot de RvB van genoemde kliniek afwijzend, omdat daardoor een financiële ongelijkheid voor behandelingsmogelijkheden tussen patiënten zou ontstaan.

- 4.3. Verzoekster stelt dat zij de ziektekostenverzekeraar van het voorgaande op de hoogte heeft gehouden. Naar aanleiding van een brief van 15 januari 2022 werd door een medewerker gezegd dat vergoeding op grond van de Zvw niet mogelijk was, maar eventueel wel op basis van een andere wet. Verzoekster heeft gevraagd dit uit te zoeken, maar ontving hierop geen reactie. Uiteindelijk werd zij, bij e-mailbericht van 28 maart 2022, door de ziektekostenverzekeraar gewezen op de mogelijkheid van een second opinion. Dit is evenwel een doodlopende weg. Volgens verzoekster is voorts niet ingegaan op haar vraag naar de behandelmogelijkheden in het buitenland, hoewel dit tijdens een telefoongesprek op 25 april 2022 was toegezegd. Bij brief van 2 augustus 2022 heeft verzoekster zich gewend tot de Klachtencommissie van de ziektekostenverzekeraar. Op 14 augustus 2022 heeft zij door middel van het contactformulier gevraagd de ontvangst van haar klacht binnen drie dagen te bevestigen, hetgeen nog diezelfde dag is gebeurd. Dat haar klacht was ontvangen, werd tijdens een telefoongesprek met de helpdesk op 19 augustus 2022 nogmaals bevestigd. Verzoekster stuurde op 20 augustus 2022 een e-mailbericht. Naar aanleiding hiervan werd zij op 22 augustus 2022 door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar teruggebeld met de mededeling dat het dossier zoek was. Op 26 augustus 2022 volgde het bericht per telefoon dat het dossier was teruggevonden. Verzoekster komt tot de conclusie dat de Klachtencommissie haar klacht niet heeft afgehandeld binnen de termijn van dertig dagen die hiervoor staat. Ook werd zij niet gebeld, hoewel dit was toegezegd. Verzoekster vat samen dat door de ziektekostenverzekeraar toezeggingen zijn gedaan die door hem niet zijn nagekomen. Het gaat hierbij om de belofte naspeuringen te doen naar vergoedingsmogelijkheden en naar behandelmogelijkheden in binnen- en buitenland. Daarnaast werden aangetekende brieven niet beantwoord en werd de klacht niet door de Klachtencommissie behandeld binnen de hiervoor geldende termijn. Door zijn handelen en nalaten heeft de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht geschonden.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat de ziektekostenverzekeraar voortdurend onrechtmatig heeft gehandeld. Hierbij gaat het onder andere over de afhandeling van de klacht, het niet nakomen van beloften, stukken die zijn zoekgeraakt, en het onjuist en onvolledig informeren. Met name dit laatste heeft verzoekster enorm gestoord. Nadat zij te horen kreeg dat het plaatsen van een neurostimulator op grond van de zorgverzekering niet werd vergoed, heeft zij gevraagd naar de mogelijkheid de kosten zelf te betalen. Toen dit niet mogelijk was in het St. Jansdal en de St. Maartenskliniek heeft verzoekster contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Puur en alleen om te vragen naar contactgegevens van klinieken waar het wél mogelijk was de neurostimulator op eigen kosten te laten plaatsen. Op deze verzoeken is nooit adequaat gereageerd. Daarnaast is door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat zou worden gezocht naar een oplossing, ook als op grond van de voorwaarden geen aanspraak bestaat. Deze belofte is nooit waargemaakt.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster 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 dat verzoekster al jaren last heeft van ernstige pijnklachten door versleten rugwervels. De behandeling die zou kunnen helpen om van deze klachten af te komen is het plaatsen van een inwendige neurostimulator. Een proefplaatsing van een neurostimulator kan ten laste van de zorgverzekering worden vergoed als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan: de klachten betreffen onbehandelbare chronische pijn en de behandelend specialist is van mening dat deze behandeling grote kans op een goed resultaat biedt. Leidend hierbij is het standpunt van Zorginstituut Nederland, gepubliceerd op 12 november 2019. Uit de contacten met de echtgenoot van verzoekster is het de ziektekostenverzekeraar echter gebleken dat meerdere specialisten hebben besloten de ingreep bij verzoekster niet te willen uitvoeren. De ziektekostenverzekeraar heeft op deze beslissing geen invloed. De echtgenoot van verzoekster heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de afdeling klachten van de ziektekostenverzekeraar. Aan deze afdeling heeft de echtgenoot van verzoekster gevraagd of de ziektekostenverzekeraar kon bemiddelen naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland. Na lang intern overleg is verzoekster meegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar hierin niet kan bemiddelen.
- 5.2. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij op 26 oktober 2022 een aanvraag machtiging heeft ontvangen voor een behandeling in Pijncentrum AZ Sint-Nikolaas (België). In de betreffende aanvraag wordt vermeld dat er geen indicatie is, maar dat verzoekster wel in aanmerking komt voor een proefplaatsing. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek om vergoeding afgewezen omdat de aangevraagde behandeling bij de indicatie van verzoekster, te weten chronische pijn door versleten rugwervels, geen verzekerde zorg is. Hiervoor verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het rapport van het Zorginstituut van 12 november 2019.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat de beantwoording van de door verzoeker gestelde vragen steeds consequent is geweest. Het antwoord luidde telkens dat geen toestemming kan worden gegeven voor een behandeling als de behandelaar hiermee niet instemt. Alsdan kan niet worden gesproken van verzekerde zorg en is bemiddeling niet mogelijk.
- 5.4. 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 10 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) over de zorgplicht alsmede die uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-017 en TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit 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.

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie merkt in de eerste plaats op dat tussen partijen niet in geschil is dat neuromodulatie onder voorwaarden voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het staat echter vast dat verzoekster niet voldoet aan die voorwaarden, zodat zij op deze zorg niet 'redelijkerwijs is aangewezen', hetgeen een vereiste is voor verstrekking of vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Voor zover sprake zou zijn van een beroep op artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 is toestemming terecht onthouden. Met de verordening is immers geen uitbreiding van de verzekeringsaanspraken beoogd. Een verzekerde die niet voldoet aan de in Nederland toepasselijke voorwaarden - zoals in dit geval met betrekking tot de indicatie - heeft (ook) geen aanspraak op verstrekking of vergoeding van de zorg in een andere EU/EER-lidstaat. Omdat hiermee vaststaat dat het geschil geen betrekking heeft op de vraag of sprake is van verzekerde zorg respectievelijk of verzoekster 'redelijkerwijs is aangewezen' op deze zorg, is door de commissie geen advies als bedoeld in artikel 114 Zvw gevraagd aan het Zorginstituut Nederland.
- Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoekster heeft geschonden. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 7.3. Met betrekking tot de zorgplicht is in artikel 11 Zvw bepaald dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt 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, of
 - vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
- Uit de woorden "bij wie het verzekerde risico zich voordoet" valt op te maken dat de zorgplicht, zoals hiervoor beschreven onder a. en b., beperkt blijft tot de situatie dat sprake is van zorg of een andere dienst die behoort tot het verzekerde pakket en waarop betrokkene 'redelijkerwijs is aangewezen'. Aan die laatste voorwaarde voldoet verzoekster, als gezegd, niet. Daarom kan niet worden gesproken van schending van de op de ziektekostenverzekeraar rustende zorgplicht uit hoofde van de Zvw.
- 7.4. Een andere vraag is of de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht heeft geschonden. Als aanbieder en uitvoerder van ziektekostenverzekeringen is de ziektekostenverzekeraar gebonden aan de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-017, van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Genoemde regeling is met ingang van 1 april 2022 vervangen door TH/NR-022.
- Op grond van de oude regeling TH/NR-017 is de ziektekostenverzekeraar gehouden vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten schriftelijk of telefonisch te beantwoorden wanneer de consument hierom vraagt (artikel 5). De door verzoekster gestelde vragen hebben hier geen betrekking op. Deze zagen immers op het niet afgeven van een verwijzing door de arts van de pijnpoli, het niet toelaten tot de intake in de St. Maartenskliniek, het informeren over het voor eigen rekening laten uitvoeren van neuromodulatie in het buitenland, en de vergoeding op grond van een andere wettelijke regeling dan de Zvw.
- De commissie begrijpt dat verzoekster op haar vragen een duidelijk antwoord verwachtte van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar kon echter, op zijn beurt, niet antwoorden voor de betrokken zorgaanbieders. Dit neemt niet weg dat hij de verwachtingen van verzoekster op dit punt had kunnen bijstellen, en dit is blijkbaar niet gebeurd. Dat de ziektekostenverzekeraar dit heeft nagelaten kan evenwel niet tot de conclusie leiden dat de informatieplicht jegens verzoekster is geschonden. Die informatieplicht gaat immers niet verder dan het beantwoorden van vragen van consumenten over de eigenschappen van de aangeboden producten en diensten, en de ziektekostenverzekeraar is niet de zorgaanbieder.

7.5. Genoemde regeling van de NZa bevat daarnaast bepalingen met betrekking tot de mogelijkheid van het indienen van een klacht (artikel 12). Aan het in dit artikel onder a, b, en c gestelde is voldaan. Verzoekster heeft een klacht ingediend en haar is meegedeeld dat hier binnen dertig dagen op zal worden gereageerd. Dat dit laatste feitelijk niet is gebeurd, levert geen strijd op met de regeling. In de nieuwe regeling TH/NR-022 is het voorgaande - zij het minder uitgebreid - geregeld in artikel 15 respectievelijk 20.

De commissie concludeert dat de wijze waarop de klachtbehandeling door de Klachtencommissie heeft plaatsgevonden geen schoonheidsprijs verdient, met name het tijdelijk zoekraken van het dossier wekt bevreemding, maar hieraan zijn geen verdere consequenties te verbinden. Nadat een tijdige beslissing door de Klachtencommissie was uitgebleven, heeft verzoekster gebruik gemaakt van de mogelijkheid haar zaak voor te leggen aan de commissie, zodat een inhoudelijke beoordeling van haar klacht door de Klachtencommissie van de ziektekostenverzekeraar thans niet meer zinvol is en achterwege kan blijven.

De commissie tekent bij dit alles nog aan dat uit de notities van de echtgenoot van verzoekster blijkt dat een aantal vragen wel degelijk is beantwoord in het telefoongesprek op 25 april 2022. Er is hierover genoteerd: *"zorgverleners mogen zelf bepalen of zij tegen betaling diensten verlenen"* en *"zelf verder gaan in buitenland"*. Ook is gezegd: *"[er is] geen wet op grond waarvan vergoeding mogelijk is. In Nederland eindigt dit spoor"*.

De enige toezegging waaraan geen gevolg is gegeven, is die van een medewerkster om bij haar collega's navraag te doen of die contacten hebben in het buitenland. Een zodanige toezegging - min of meer op persoonlijke titel - is weinig concreet en heeft overigens geen relatie met de verzekeringsovereenkomst.

Slotom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 maart 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

- 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 informatiekanaal 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

5. Beantwoording vragen

1. De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten schriftelijk wanneer de consument hierom vraagt.
2. De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten telefonisch wanneer de consument hierom vraagt, tenzij telefonisch contact in de polisvoorwaarden is uitgesloten.
3. De ziektekostenverzekeraar beantwoordt de onder 5.1 en 5.2 bedoelde vragen tijdig.

12. Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar vermeldt op de website:

- a. waar de verzekerde een klacht kan indienen;
- b. op welke wijze de klacht ingediend moet worden;
- c. binnen welke termijn de zorgverzekeraar zal reageren;
- d. dat de verzekerde een klacht kan indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de zorgverzekeraar niet binnen de gestelde termijn reageert.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Zorgzaam Basisverzekering is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.