

NIET-BINDEND ANONIEM ADVIES

Partijen	: A te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, vrije artsenkeuze, zorgbemiddeling
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, regeling informatieverstrekking ziekttekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017), artt. 6:74 en 6:162 BW
Zaaknummer	: 202101035
Zittingsdatum	: 17 november 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden,
hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 mei 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 11 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 15 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 september 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft op 7 november 2021 een schriftelijke toelichting aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 8 november 2021 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben in eerste instantie meegedeeld in persoon te willen worden gehoord, maar hebben beiden op 9 november 2021 telefonisch verklaard alsnog af te zien van een hoorzitting.
- 2.5. De zorgverzekeraar heeft op 15 november 2021 schriftelijk gereageerd op de brief van verzoeker van 7 november 2021. Een kopie hiervan is dezelfde dag ter informatie aan verzoeker gezonden.
- 2.6. Verzoeker heeft op 16 november 2021 een schriftelijke reactie aan de commissie gezonden. Aangezien verzoeker reeds zijn inhoudelijk, schriftelijke toelichting had gegeven en de reactie hierop van de zorgverzekeraar ter informatie aan hem is gezonden, is de commissie van oordeel dat deze reactie van verzoeker niet meer aan het procesdossier wordt toegevoegd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft zich in oktober 2020 voor een behandeling aan zijn linkeroog gewend tot het Oogziekenhuis Rotterdam. Daar werd hij verwezen naar een andere zorgaanbieder, kennelijk op grond van een door de instelling gevoerd regio-/postcodebeleid en capaciteitsproblemen. Verzoeker heeft hierover per mail contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Omdat een reactie uitbleef, heeft verzoeker ervoor gekozen zich op 9 december 2020 te laten opereren in ROC-Utrecht Leidsche Rijn. Met ingang van 1 januari 2021 heeft hij zich elders verzekerd tegen ziektekosten.

- 3.3. Verzoeker heeft zich vervolgens over de gang van zaken beklaagd bij de zorgverzekeraar. Deze reageerde bij brief van 17 maart 2021, afkomstig van de Klachtencommissie. Op 3 april 2021 stuurde verzoeker de zorgverzekeraar een ingebrekestelling. De reactie van de zorgverzekeraar hierop dateert van 20 april 2021.
- 3.4. In de brief van de SKGZ van 3 augustus 2021 is de zorgverzekeraar erop gewezen dat verzoeker een niet-bindend advies wil. Ook is het keuzeformulier, waarop verzoeker zijn keuze voor een niet-bindend advies kenbaar heeft gemaakt, aan de zorgverzekeraar gezonden. De zorgverzekeraar heeft de commissie, pas op 17 november 2021 en na zijn schriftelijke reactie, meegedeeld dat hij alsnog niet instemt met niet-bindende advisering. Hij merkt hierbij op dat hij er eerder vanuit ging dat hierin geen keuzevrijheid bestond.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar hem:
- (i) vanwege zijn fysieke en psychische schade een schadevergoeding van € 1.000,- per week moet betalen, ingaande 17 mei 2020, zolang niet wordt tegemoetgekomen aan het verzoek in de ingebrekestelling van 3 april 2021. Dit verzoek houdt in dat de zorgverzekeraar ervoor zorg dient te dragen dat verzoeker als patiënt wordt ingeschreven bij het Oogziekenhuis Rotterdam en dat hij aldaar een (herstel)operatie aan zijn linkeroog kan ondergaan;
 - (ii) daarnaast een bedrag van € 10.000,- als smartengeld moet betalen.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een niet-bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over zorgbemiddeling alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vermeld in de bijlage bij dit niet-bindend advies.
Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het niet-bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft verzocht om een niet-bindend advies in een geschil dat ziet op een zorgverzekering. Ingevolge artikel 14, lid 1 in samenhang met artikel 1, leden 14 en 15 van het Reglement van de commissie is een niet-bindend advies niet mogelijk ingeval het geschil ziet op een zorgverzekering. Verzoeker is voorafgaand aan de behandeling van het geschil echter niet gewezen op deze bepalingen in het Reglement van de commissie en is ten onrechte niet de mogelijkheid geboden zijn verzoek te wijzigen in een verzoek om een bindend advies dan wel zijn verzoek in te trekken. Gelet op deze omissie, zal de commissie bij uitzondering een niet-bindend advies geven in dit geschil.

Standpunt verzoeker

- 6.3. Verzoeker vordert een schadevergoeding van € 1.000,- per week over de periode na 17 mei 2021, en zolang de zorgverzekeraar nalatig blijft, alsmede een bedrag van € 10.000,- bij wijze van smartengeld.

In dat verband stelt hij dat sprake is van een contractuele relatie, waarbij tegenover zijn premiebetaling recht bestaat op de verzekerde zorg. Hoewel de zorgverzekeraar anders wil doen geloven, is deze zorg niet geleverd, doordat de zorgverzekeraar het contract met het Oogziekenhuis niet op orde had.

Omdat de zorgverzekeraar vervolgens treuzelde en hem langdurig in het ongewisse liet, heeft hij noodgedwongen de keuze moeten maken voor ROC-Utrecht Leidsche Rijn. Daar vond op 9 december 2020 een vierde oogoperatie plaats, die traumatisch verliep en "schokkend gewelddadig" was. Verzoeker tekent hierbij aan dat het slagen van een ingreep afhangt van de kwaliteit van de uitvoering en de begeleiding buiten de operatiekamer. De verschillen per zorgaanbieder zijn op deze punten groot. Ten onrechte probeert de zorgverzekeraar de suggestie te wekken dat dit contractueel falen geen negatieve medische gevolgen had. Het tegendeel is echter het geval. Voorts is het niet zo dat met het beëindigen van de verzekeringsrelatie met ingang van 2021 de aansprakelijkheid voor het gebeurde in 2020 is vervallen. Weliswaar verklaart de zorgverzekeraar dat verzoeker in december 2020 in het Oogziekenhuis terecht kon, maar dit blijkt nergens uit.

Daarbij is de vraag waarom de zorgverzekeraar hem dit dan niet heeft laten weten.

Tot slot voelt verzoeker zich misleid, omdat de zorgverzekeraar hem niet heeft ingelicht over de verschillende soorten polissen. Naar hij intussen heeft begrepen, zijn zorgaanbieders minder snel genegen verzekerden met een budgetpolis te helpen. Als hij dit eerder had geweten, had hij de keuze gemaakt voor een restitutiepolis.

- 6.4. Verzoeker heeft in zijn brief van 7 november 2021 benadrukt dat hij nog steeds stress ondervindt door de handelswijze van en de bejegening door de zorgverzekeraar. Ook is hij door de opstelling van de zorgverzekeraar veel tijd kwijt geweest aan het uitzoeken van zaken en het opvragen van informatie. Verzoeker wil daarom schadeloos worden gesteld.

Voorts vraagt verzoeker de commissie:

- het eerlijke verhaal te reconstrueren en te vertellen;
- de zorgverzekeraar zijn excuses te laten aanbieden;
- *"Het script zoals aan het dossier toegevoegd, bedoeld als gevalideerd schriftelijke weergave van telefoongesprekken mbt. de kwestie, ongeldig en gefalsificeerd te verklaren."*

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.5. De zorgverzekeraar stelt dat de contractuele relatie met verzoeker intussen is beëindigd. Voor 2021 kan dan ook geen sprake zijn van een in gebreke blijven ten aanzien van zaken als zorgadvies en -bemiddeling. Als het gaat om het jaar 2020 heeft de zorgverzekeraar aan zijn verplichtingen voldaan. De behandeling aan het linkeroog werd in dat jaar met succes verricht. De zorgverzekeraar wijst erop dat de zorgverzekering aanspraak geeft op de verzekerde zorg en andere diensten, en niet op levering hiervan door een bepaalde aanbieder. Daarnaast bestaat aanspraak op zorgbemiddeling. Volgens de zorgverzekeraar is het voeren van een postcodebeleid niet toegestaan, en zijn hierover ook geen afspraken gemaakt met het Oog ziekenhuis. Er kan soms wel een noodzaak zijn een patiëntenstop te hanteren, maar dit gebeurt dan in overleg met de zorgverzekeraar. Het signaal is doorgegeven aan de afdeling Zorginkoop. In dit verband voert de zorgverzekeraar nog aan dat hij contact heeft gehad met de zorgaanbieder en dat hierbij is gebleken dat verzoeker daar in december 2020 terecht kon. Door de zorgverzekeraar wordt erkend dat de beantwoording van de vraag te lang heeft geduurd en dat een en ander niet uitblinkt door voortvarendheid. De vraag bleek complexer dan verwacht vanwege het gezamenlijke inkoopbeleid met andere verzekeraars, terwijl voorts onduidelijk was wie de kwestie zou oppakken. Hiervoor biedt de zorgverzekeraar zijn excuses aan.
- 6.6. De zorgverzekeraar heeft op 15 november 2021 benadrukt dat hij zich niet kan vinden in de uitlatingen van verzoeker ten aanzien van één van zijn medewerkers. Voorts is geen sprake van 'gefalsificeerde scripts'. De overgelegde notities betreffen notities van de desbetreffende afdelingen en hierop hebben geen bewerkingen op de inhoud plaatsgevonden.

Overwegingen

- 6.7. De commissie overweegt in de eerste plaats dat in artikel 15, derde lid, van het toepasselijke reglement is bepaald dat zij geen vergoeding toekent voor immateriële schade. Hieruit volgt dat het tweede onderdeel van het verzoek, dat ziet op het gevorderde smartengeld van € 10.000,-, wordt afgewezen.
- 6.8. Het eerste onderdeel van het verzoek ziet op een schadevergoeding van € 1.000,- per week, met ingang van 17 mei 2021, waarbij verzoeker melding maakt van door hem geleden fysieke en psychische schade. Waaruit deze precies bestaat, heeft verzoeker niet toegelicht en ook het gevorderde schadebedrag is door hem niet verder onderbouwd. Hoewel daarmee ook het eerste onderdeel van het verzoek voor afwijzing gereed ligt, is de commissie bereid een inhoudelijke beoordeling uit te voeren, althans voor zover het gevorderde schadebedrag betrekking heeft op materiële schade, en het daarmee valt onder haar bevoegdheid. De commissie overweegt in dit verband in de eerste plaats dat verzoeker zich beroept op schending van de zorgplicht door de zorgverzekeraar. Feit is evenwel dat deze zorgplicht, gelet op artikel 11, eerste lid, onder a, Zvw bij dit type verzekering - een naturapolis - beperkt is tot het recht op verstrekking van de verzekerde zorg en overige diensten. De noodzakelijke medisch specialistische zorg is ook inderdaad geleverd, en wel door ROC Utrecht Leidsche Rijn op 9 december 2020, terwijl de kosten hiervan ten laste zijn gekomen van de zorgverzekering. Daarmee heeft de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldaan. Met ingang van 2021 is verzoeker elders verzekerd tegen ziektekosten.
- 6.9. Aan verzoeker moet worden toegegeven dat het feit dat hij inmiddels elders verzekerd is geworden, niet wegneemt dat door eerder genoemde behandeling schade kan zijn ontstaan, waarvoor de zorgverzekeraar ook na afloop van de overeenkomst mogelijk aansprakelijk is te stellen. Uit artikel 150 Rv vloeit voort dat de stelplicht en bewijslast ter zake bij verzoeker rust. Hierbij maakt het overigens niet uit of de vordering is gebaseerd op een overeenkomst dan wel op de wet (onrechtmatige daad). In dit verband merkt de commissie op dat verzoeker melding maakt van een 'hersteloperatie'. Dat door de behandeling in ROC-Leidsche Rijn Utrecht schade is ontstaan en dat deze operatief moet worden hersteld blijkt echter niet uit de overgelegde stukken. Daarbij valt niet in te zien waarom verzoeker, indien de zorgaanbieder schade zou hebben veroorzaakt, de zorgaanbieder hiervoor niet aanspreekt uit hoofde van de bestaande behandelingsovereenkomst. Iets anders is dat verzoeker, naar moet worden aangenomen, aanspraak kan maken op zijn huidige verzekering tegen ziektekosten om de 'hersteloperatie' verstrekt of vergoed te krijgen. Of hij hierbij ook de keuze heeft voor het Oogziekenhuis Rotterdam is afhankelijk van de gekozen verzekering. Zonder onderbouwing van de zijde van verzoeker, die ontbreekt, valt niet in te zien waarom de zorgverzekeraar de hiermee gemoeide kosten zou moeten vergoeden. Tevens is onduidelijk waarom verzoeker de kennelijk noodzakelijke ingreep tot op heden niet heeft ondergaan. Dit alles leidt tot de conclusie dat verzoeker niet heeft voldaan aan de op hem rustende stelplicht en bewijslast zodat ook het eerste onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.
- 6.10. De stelling van verzoeker dat hij is misleid bij zijn keuze voor de zorgverzekering, treft geen doel. Uit de informatie op de website van de zorgverzekeraar blijkt dat er verschillende polistypen zijn, met onderscheiden premies. Hierbij is duidelijk vermeld of het een onlineverzekering, naturapolis dan wel restitutiepolis betreft. Aldus is tevens voldaan aan het bepaalde in de artikelen 18 en 29 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nza.
- 6.11. Anders is dit voor de beantwoording van de vraag van verzoeker. Artikel 5 van genoemde regeling bepaalt dat vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten door de verzekeraar tijdig worden beantwoord. De vraag of een

gecontracteerde zorgaanbieder op grond van regio-/postcodebeleid mag weigeren de verzekerde zorg te verlenen behoort hiertoe, zoals blijkt uit de toelichting op het artikel. Voorts staat vast dat met de beantwoording van die vraag door de zorgverzekeraar lange tijd gemoeid is geweest. Hoewel de zorgverzekeraar op dit punt nalatig is geweest, staat hiermee nog geenszins vast dat dit tot enige schade aan de zijde van verzoeker heeft geleid. Feit is dat verzoeker, gegeven zijn recht op zorg in natura, binnen de verzekerde periode kon kiezen voor een andere gecontracteerde zorgaanbieder en dit ook heeft gedaan. Hij heeft immers zelf gekozen voor behandeling in ROC-Utrecht Leidsche Rijn. Gelet op de gemaakte keuze kan verder onbesproken blijven of de situatie bij het Oogziekenhuis in december 2020 was veranderd, zodat verzoeker ook daar terecht had gekund.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Niet-bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 januari 2022,

H.A. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Overige stukken

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.

14. Gecontracteerd zorgaanbod

1. Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar in een actueel overzicht op de website welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd. 2. Het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders bevat tevens informatie over de volgende punten: a. hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd; b. wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd; c. indien van toepassing, 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; - welke 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. 3. De zorgverzekeraar verwijst in de polisvoorwaarden naar het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders op de website van de zorgverzekeraar met daarbij een weblink.

15. Volumeafspraken en omzetplafonds

1. Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar op de website hoe de zorgverzekeraar omgaat met volumeafspraken en omzetplafonds, en de mogelijke consequenties hiervan voor de verzekerde. Daarnaast vermeldt de zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden dat er (mogelijk) volumeafspraken of omzetplafonds kunnen worden gehanteerd en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn. 2. Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar per betreffende zorgaanbieder in of bij het onder 14.1 bedoelde overzicht dat een volumeafpraak dan wel omzetplafond wordt gehanteerd en welke mogelijke consequenties dit voor de verzekerde kan hebben.

18. Vermelden van de op de markt gebrachte modelovereenkomsten

1. De zorgverzekeraar vermeldt alle modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen aanbiedt, op de website.
2. De zorgverzekeraar stuurt desgevraagd de polisvoorwaarden en reglementen per post of digitaal naar de consument.

29. Typering polissen

1. De zorgverzekeraar typeert elke polis als naturapolis, combinatiepolis of restitutiepolis.
2. De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'naturapolis' en 'natura' enkel om polissen 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.

3. De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' enkel om polissen 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.

4. De zorgverzekeraar typeert alle polissen die niet onder het tweede lid of het derde lid van dit artikel vallen als 'combinatiepolis', waarbij de zorgverzekeraar aangeeft 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 74

1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.
2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar.

Artikel 162

1. Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.
2. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.
3. Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.

Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen

Artikel 15 Kosten

1. De kosten die partijen voor de behandeling van het Verzoek door de Geschillencommissie maken, waaronder het entreegeld zoals genoemd in artikel 9, eerste lid, de aan de zaak bestede tijd, de reis- en verblijfkosten, en de kosten die van door hen voorgedragen getuigen en/of deskundigen, zijn voor rekening van de betrokken partij.
2. In afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie evenwel in het bindend advies bepalen dat het door de consument betaalde entreegeld geheel of gedeeltelijk wordt gerestitueerd. Daarnaast kan de Geschillencommissie in het bindend advies opnemen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld geheel of gedeeltelijk aan de consument dient te vergoeden, onder meer in het geval de consument geheel of grotendeels in het gelijk wordt gesteld.
3. Eveneens in afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie in het bindend advies bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding dient te betalen, althans voor zover het kosten betreft waarvan het redelijk is dat deze door de consument zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is. De Geschillencommissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade.

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.