

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202300093

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar alsnog een vergoeding te verlenen voor een in Jordanië ondergane buikoperatie en GGZ-behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster onvoldoende informatie heeft overgelegd waaruit blijkt dat hij tot vergoeding is gehouden. Daarom zijn de ingediende nota's ter zake afgewezen.
- 1.2. De commissie overweegt dat in artikel 5.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld welke verplichtingen de verzekerde heeft als hij zelf een nota declareert. De door de ziektekostenverzekeraar in dat verband verlangde informatie is naar het oordeel van de commissie niet onredelijk, omdat de verzekeraar moet kunnen bepalen of sprake is van verzekerde zorg en of verzoekster hierop 'redelijkerwijs is aangewezen'. Verder moet hij kunnen vaststellen of bij verzoekster kosten voor de buikoperatie en de GGZ-behandeling in rekening zijn gebracht en of verzoekster deze heeft voldaan. Omdat verzoekster deze informatie niet heeft overgelegd, zoals ook blijkt uit het bij de commissie aangeleverde dossier, was het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk te bepalen of hij tot uitkering is gehouden (artikel 7:941, tweede lid, BW). Hetgeen verzoekster in dit verband heeft gesteld doet aan die constatering niets af. Specifiek voor de GGZ-behandeling geldt dat verzoekster zich erop heeft beroepen dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor aanvankelijk een machtiging heeft verleend. Achteraf stelt de ziektekostenverzekeraar dat dit wellicht niet had gemoeten, gelet op de summiere informatie die beschikbaar is. Een eerdere vergoeding maakt echter niet dat verzoekster erop mocht vertrouwen dat toekomstige kosten zonder meer zouden worden vergoed, aldus de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden niet ertoe kan worden gehouden toekomstige kosten zonder meer, met voorbijgaan aan een inhoudelijke beoordeling, te vergoeden. Zij merkt op dat met name het ontbreken van gespecificeerde betaalbewijzen voor de ziektekostenverzekeraar reeds gerede aanleiding kan hebben gevormd om te twijfelen aan de verleende zorg. Het argument van verzoekster leidt daarom niet tot een ander oordeel over de afgewezen declaraties. Het staat de ziektekostenverzekeraar onder deze omstandigheden evenwel niet vrij de reeds gedane uitkeringen ter zake van verzoekster terug te vorderen.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 11 januari 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 november 2023 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 5 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 februari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 april 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld de arts in Jordanië te vragen om aanvullende informatie. Bij brief van 8 mei 2024 heeft zij de commissie aanvullende informatie gestuurd, die in afschrift aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden. De ziektekostenverzekeraar is na de hoorzitting in de gelegenheid gesteld te reageren op de door verzoekster ter zitting overgelegde facturen, een tijdspad te maken van het verloop van de toekenningen en afwijzingen, en zich te beraden over de vraag of kosten worden teruggevorderd van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 mei 2024 geantwoord. Bij brief van 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de nagekomen stukken van verzoekster. Beide reacties zijn op 30 mei 2024 in afschrift ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020, 2021 en 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend drie sterren en Aanvullend Tand twee sterren (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft zich in verband met psychische problematiek gemeld bij een zorgverlener in Jordanië voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor, desgevraagd, een tijdelijke machtiging afgegeven. Nadat in mei 2021 aanvankelijk vergoeding was geweigerd, hetgeen nadien gedeeltelijk is hersteld, is uiteindelijk een deel van de ingediende nota's in het geheel niet vergoed. Daarbij betreft het de periode van 16 juni 2021 tot en met 4 oktober 2021. Verder heeft verzoekster begin mei 2021 in Jordanië een operatie ondergaan in verband met "*intestinal obstruction due to intestinal adhesions and recurrent hernia's*". Zij is uit het ziekenhuis ontslagen op 6 mei 2021. Ook de kosten van deze ingreep zijn niet door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 8 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de buikoperatie en de GGZ-behandeling in Jordanië alsnog aan haar te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe bij klachtenformulier van 11 januari 2023 aangevoerd dat zij in 2021 in Jordanië in een kliniek is verbleven waar zij GGZ ontving. Tijdens de behandeling had verzoekster een operatie aan haar buik nodig. Na deze operatie keerde zij terug naar de kliniek. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de operatie niet vergoed. Ook is de vergoeding voor de GGZ in de kliniek vanaf de datum van de operatie tijdelijk stopgezet. Bij e-mailbericht van 8 augustus 2023 heeft verzoekster toegelicht dat vanaf mei 2021 weer nota's voor GGZ zijn vergoed. Onduidelijk is waarom toen een gedeeltelijke vergoeding is verleend, en hoe deze vergoeding is opgebouwd. De ziektekostenverzekeraar vraagt om bewijsstukken, die inmiddels al diverse keren zijn opgestuurd.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat het verblijf in de kliniek gepland was. De operatie in het ziekenhuis was daarentegen niet planbaar en van spoedeisende aard. Voor beide vormen van zorg is verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Verzoekster begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar om bewijs van de diverse behandelingen vraagt. Zij begrijpt echter niet waarom de ziektekostenverzekeraar een deel van de kosten niet wenst te voldoen, omdat niet ter discussie staat dat verzoekster de behandelingen heeft ondergaan. De ziektekostenverzekeraar stelt als algemene eis dat originele facturen dienen te worden overgelegd. Dit is onnavolgbaar, aangezien het gebruikelijk is dat verzekerden hun declaraties en daarmee facturen digitaal aanbieden. De factuur van de buikoperatie voldoet aan alle eisen die hieraan kunnen worden gesteld. Zo wordt de behandeling beschreven, het aantal dagen, en de data waarop een en ander heeft plaatsgevonden. Ook is de betaling bevestigd. Er is geen reden deze factuur inhoudelijk af te wijzen. Met betrekking tot de GGZ-behandeling in de kliniek geldt dat alle relevante facturen door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd. Het is vanzelfsprekend dat de kliniek geen gratis diensten levert, en dat door verzoekster voor de verrichte diensten is betaald. Van oktober 2021 tot januari 2022 is verzoekster opnieuw in deze kliniek behandeld. Dit zou de kliniek niet hebben gedaan, indien verzoekster op dat moment een betalingsachterstand had gehad. De geldopnames van verzoekster in Jordanië bewijzen haar aanwezigheid in dat land in de betreffende periode. Verzoekster heeft afschriften van de opnames aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Ook het tarief dat de kliniek per dag berekent, is bij de ziektekostenverzekeraar bekend. Verzoekster vindt het onredelijk dat de gemaakte ziektekosten niet aan haar worden vergoed en dat reeds vergoede kosten nu dreigen te worden teruggevorderd.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan reeds door hem is verleend. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 21 juli 2023, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, aangevoerd dat hij onvoldoende informatie heeft om over te gaan tot verdere vergoeding. Verzoekster ontving een machtiging voor een GGZ-behandeling in Jordanië. Deze machtiging is afgegeven vanaf 7 oktober 2020 en meerdere malen verlengd. Het klopt dat een deel van de nota's is vergoed. Deze nota's zijn automatisch verwerkt in het declaratiesysteem. Er vielen bij de verwerking echter ook declaraties van verzoekster uit, omdat het geen duidelijke of originele nota's betrof. De ziektekostenverzekeraar vroeg vervolgens meerdere malen om aanvullende informatie. De informatie die de ziektekostenverzekeraar hierop ontving, beantwoordde zijn vragen niet. Dit geldt voor zowel de opname GGZ als de operatie in het buitenland.
De ziektekostenverzekeraar mist nog de volgende informatie:

1. Benodigde informatie over de GGZ-behandeling:

Een schriftelijke bevestiging van de GGZ-kliniek van de betalingen. Hierop moet het volgende worden aangegeven:

- gegevens van de ontvanger (de GGZ-kliniek) naam/adres/betaalgegevens;
- de betaalde bedragen;
- de betaalddata;
- specificatie per betaling over de behandelperiode;
- overzicht opnamedagen.

2. Benodigde informatie over de ziekenhuisopname(s):

Verzoekster stuurde meerdere declaraties voor operatie(s) in Jordanië. De ziektekostenverzekeraar ontvangt graag nieuwe nota's. Op deze nota's moet het volgende staan:

- gegevens van het ziekenhuis/de kliniek (naam/adres/betaalgegevens);
- alle behandelingen;
- de betaalde bedragen;
- de datum van de operatie(s);
- de opnamedata.

- 5.2. In het nader commentaar van 5 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat hij op grond van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplicht is uitsluitend zorg te vergoeden die tot het verzekerd pakket behoort en daadwerkelijk is geleverd. Om die reden is het van belang dat helder is welke zorg door verzoekster in het buitenland is ontvangen (dus welke behandelingen/prestaties zijn uitgevoerd), door wie die zorg is verleend, op welke data die zorg is verleend, in welke frequentie, welke tarieven voor de specifieke prestaties in rekening zijn gebracht, dat verzoekster voor de ontvangen zorg zelf heeft betaald, aan wie en tegen welk bedrag. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dat kader naar artikel 36 Wmg en de voorwaarden van de zorgverzekering. Op de nota's van de Jordaanse psychiater met betrekking tot de GGZ-behandeling staat (uitsluitend) "psychiatric treatment from [datum] to [datum]" en "360 JOD per day". Verzoekster heeft verklaard dat zij de betreffende nota's zelf heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft daar echter geen bewijs van ontvangen. Verzoekster heeft alleen bankafschriften overgelegd, waaruit blijkt dat zij geld heeft opgenomen in Jordanië. Volgens verzoekster heeft zij daarmee het ziekenhuis in contanten betaald, maar de ziektekostenverzekeraar heeft daarvan geen schriftelijk bewijs ontvangen. Daarom is verzoekster gevraagd een schriftelijke betaalbevestiging van de kliniek aan te leveren, waarop de gegevens van de ontvanger, de betaalgegevens, de betaalde bedragen, de betaalddata, een specificatie per betaling over de behandelperiode en een overzicht van de opnamedagen zijn vermeld. Verzoekster heeft deze gegevens niet kunnen of willen aanleveren. Reeds om die reden kan en mag de ziektekostenverzekeraar niet tot vergoeding overgaan. Niet bekend is of aan de kliniek is betaald, door wie is betaald en welk bedrag. Zowel de wet als de voorwaarden van de zorgverzekering staan aan vergoeding in de weg. Het is aan verzoekster de verlangde gegevens aan te leveren. De ziektekostenverzekeraar heeft zich reeds alle moeite getroost om, met de contactgegevens die hij van verzoekster ontving, in contact te komen met de behandelend arts respectievelijk het ziekenhuis in Jordanië. Dat is niet gelukt. De ziektekostenverzekeraar heeft - coulancehalve - aangeboden om onderzoek te laten doen naar de gang van zaken respectievelijk het dossier in Jordanië. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij ook meegedeeld dat de kosten (slechts dan) voor rekening van verzoekster komen indien blijkt dat er onjuistheden zitten in de gegevens die verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar heeft aangeleverd. Verzoekster heeft de gevraagde toestemming hiervoor niet gegeven. Dat is haar goed recht, maar de gevolgen daarvan moeten voor haar rekening en risico blijven.

- 5.3. Over een eerdere en een latere periode is voor de GGZ-behandeling wel een vergoeding door de ziektekostenverzekeraar toegekend. De ziektekostenverzekeraar concludeert nu dat ook over die perioden geen afdoende betaalbewijzen (of nota's) zijn overgelegd, en dat met betrekking tot die perioden mogelijk niet tot vergoeding had moeten worden overgaan. De ziektekostenverzekeraar zal bezien welke gevolgen hij daaraan moet verbinden. Een eventueel over andere perioden ten onrechte toegekende vergoeding brengt evenwel niet met zich dat ook voor de in geschil zijnde zorg een vergoeding moet worden toegekend. Ten aanzien van de buikoperatie in het ziekenhuis in Jordanië heeft verzoekster een nota overgelegd waarop een behandelperiode van 1 mei tot 6 mei 2021 is vermeld en waarop twee items zijn weergegeven, namelijk: "1 - Surgery" ad 4000 JOD en "2 - ICU" en "1200 per night". Verzoekster heeft een brief van de behandelend chirurg overgelegd waarin wordt verklaard dat sprake was van spoedzorg ("emergency case"), dat een openbuikoperatie (laparotomie) is uitgevoerd, en dat de opname op de intensieve zorg te maken heeft gehad met een longontsteking. Uit deze nota valt niet op te maken welke behandelingen/prestaties precies zijn verricht in het kader van de buikoperatie en wat de precieze opnamedata waren. Onduidelijk is bijvoorbeeld (ook) of de IC-kosten alleen verblijfkosten zijn dan wel dat hieronder ook specifieke behandelingen of geneesmiddelen vallen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster erop gewezen dat de vermeldingen "Surgery" en "ICU 3 nights" onvoldoende zijn en dat zij een nota dient aan te leveren waarop alle behandelingen, de bedragen die daarvoor in rekening zijn gebracht, en de precieze opnamedata zijn benoemd. Bovendien ontbreekt ten aanzien van deze ziekenhuisbehandeling een schriftelijke bevestiging van betaling aan de instelling. Ook hier geldt dat niet duidelijk is wie de ontvanger van een eventuele betaling is geweest, welk bedrag is betaald, en wanneer en door wie het bedrag is betaald. Om deze redenen komt ook de nota voor de ziekenhuisopname niet voor vergoeding in aanmerking. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het voorgaande de formele kant van de zaak betreft. Hij wil daarbij niet onvermeld laten dat zonder aanvullende gegevens inhoudelijk gezien ook niet kan worden vastgesteld of de zorg die aan verzoekster is geleverd voor vergoeding in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar toestemming gegeven voor de GGZ-behandeling in het buitenland, maar zonder nadere toelichting, die dus nog ontbreekt, kan de ziektekostenverzekeraar niet vaststellen of de zorg die aan verzoekster is geleverd inderdaad behoort tot de GGZ die in Nederland verzekerd is, en meer in het bijzonder niet of de geleverde zorg behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk respectievelijk of het zorg betreft zoals medisch specialisten (psychiaters) die plegen te bieden. Hetzelfde geldt voor de buikoperatie.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat de machtiging die is gegeven voor de GGZ-behandeling beperkt is in tijd. Deze machtiging is een aantal keren verlengd, tot en met maart 2022. De buikoperatie betrof een spoedopname. Daarvoor is geen machtiging nodig. Het gaat er echter om wat wel en wat niet op de facturen staat. Daaraan zijn er enkele andere manco's, onder andere ook dat niet over de gehele periode betaalbewijzen zijn overgelegd. Er is niet altijd duidelijk wanneer, of en, zo ja, aan wie er is betaald. Ook staat niet op alle nota's wat er is gedaan en over welke behandelperiode dit dan was. Op dagen waarop geen zorg is verleend, wordt bijvoorbeeld geen vergoeding toegekend. Ook bestaat geen aanspraak op de GGZ-behandeling op dagen waarop sprake was van verblijf elders vanwege een ziekenhuisopname. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verzoekster is opgenomen, waarna pas 12 dagen later een uitgebreid detoxificatie programma is gestart. De vraag is dan of zij hierop redelijkerwijs was aangewezen. Dit kan alleen worden beoordeeld als meer gedetailleerde gegevens beschikbaar komen over de behandeling. In mei 2021 is verzoekster in het ziekenhuis opgenomen en ging de psychiater af en toe bij haar op bezoek. Dit is in Nederland geen verzekerde zorg. Verder komen de namen van zes instellingen langs in het dossier. Het is onduidelijk aan wie er dan door verzoekster is betaald. Ook missen nadere gegevens over de uitgevoerde behandeling, en staat niet op alle nota's dat deze "paid in cash" zijn. Er is gezien dat een behoefte bestond aan GGZ-zorg. Daarna is echter de vraag of de zorg die daadwerkelijk is verleend ook voldoet aan alle voorwaarden. In Nederland geldt dit óók bij zorg die achteraf niet aan de voorwaarden blijkt te hebben voldaan. In eerste instantie is gekeken

naar de aanvraag, zonder dat werd gerealiseerd dat er meer informatie had moeten worden opgevraagd. De nota's die zijn vergoed, zijn erdoor geglijpt en niet bij controle uit het systeem gevallen. Als hiernaar achteraf wordt gekeken, dan kleven ook aan deze nota's bezwaren. Dit is een fout geweest, maar dit maakt niet dat om die reden andere nota's ook moeten worden vergoed.

- 5.6. In zijn brief aan de commissie van 17 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een nadere toelichting gegeven waarom eerdere nota's wel aan verzoekster zijn vergoed. Verder is hierin uiteengezet dat de nota's die nu in het geding zijn volgens hem onvoldoende zijn gespecificeerd en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts meegedeeld gehouden te zijn eventuele onterecht uitgekeerde nota's terug te vorderen, maar nog niet te weten of hiertoe bij verzoekster wordt overgegaan. Dit valt volgens hem ook buiten de reikwijdte van dit geschil. Bij brief van 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat de door verzoekster op 8 mei 2024 gestuurde stukken niet leiden tot een ander oordeel. De door de behandelend arts genoemde interventies zijn erg groot in aantal en erg verschillend. Het is onwaarschijnlijk dat deze alle hebben plaatsgevonden. Bovendien is nog steeds niet gespecificeerd welke behandeling op welke datum c.q. gedurende welke opname is verleend. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar niet kan vaststellen hoeveel er van welke interventie is toegepast, terwijl veel omschrijvingen vaag en algemeen zijn. "Groepstherapie" is bijvoorbeeld geen interventie, maar een vorm waarin een behandeling wordt gegeven. Welke therapie is gegeven, is niet duidelijk. De termen "onderhoudsbehandeling" en "intensieve rehabilitatie" zeggen de ziektekostenverzekeraar niets. De genoemde psychoanalyse betreft geen verzekerde zorg. Bovendien geldt dat als alle interventies wel in één periode zijn gegeven, deze zorg niet doelmatig is. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de eerdere facturen ten onrechte zijn vergoed. De ziektekostenverzekeraar behoudt zich het recht voor de uitgekeerde bedragen van verzoekster terug te vorderen.

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 A.18 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, GGZ, het criterium 'plegen te bieden', de 'stand van de wetenschap en praktijk' en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW), 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. Tussen Jordanië en Nederland is geen verdrag gesloten met betrekking tot de sociale ziektekostenverzekering. Om die reden dient de aanspraak op vergoeding te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel 5.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld welke verplichtingen de verzekerde heeft als hij zelf een nota declareert. Dit artikel bepaalt het volgende:

"Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de Declaratie-app of Mijn Zilveren Kruis.

Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, proforma nota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer

tegelijk) en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

Op de nota moet een AGB-code vermeld staan indien:

- het op basis van wet- en regelgeving voor de zorgverlener verplicht is om een AGB-code te hebben voor het verlenen van de zorg die u heeft ontvangen; of
- het op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is dat de zorgverlener een AGB-code heeft voor de zorg die u heeft ontvangen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen."

- 7.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de door verzoekster overgelegde informatie onvoldoende is om tot vergoeding van de buikoperatie en de GGZ-behandeling in Jordanië over te gaan. Aansluitend aan eerdere aan verzoekster toegestuurde verzoeken om informatie heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief aan de commissie van 5 februari 2024 nog eens uiteengezet welke informatie hij mist. Dat de ziektekostenverzekeraar de in dit verband genoemde informatie verlangt, is naar het oordeel van de commissie niet onredelijk. Hij moet kunnen bepalen of er sprake is van verzekerde zorg. Daarvoor moet de zorg voldoen aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Indien de conclusie is dat sprake is van verzekerde zorg, zal moeten worden beoordeeld of verzoekster op de buikoperatie onderscheidenlijk de GGZ-behandeling redelijkerwijs was aangewezen. Daarnaast brengt het in het verzekeringsrecht geldende indemniteitsbeginsel mee dat de te ontvangen vergoeding niet hoger kan zijn dan de door verzoekster geleden schade, bestaande uit, in dit geval, de door verzoekster aan de zorgaanbieders betaalde kosten. Daartoe zal moeten worden vastgesteld dat verzoekster verplicht was tot betaling van de kosten aan de betrokken zorgaanbieders voor de desbetreffende behandelingen, en dat zij deze kosten ook daadwerkelijk aan de zorgaanbieders heeft voldaan. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij de gevraagde informatie aan de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd. Evenmin heeft verzoekster de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde informatie in de onderhavige procedure aangeleverd. Zij is weliswaar na de hoorzitting gekomen met aanvullende stukken, maar deze bieden de ziektekostenverzekeraar nog steeds onvoldoende informatie om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (artikel 7:941, tweede lid, BW). Hetgeen verzoekster heeft gesteld over de geldopnames, de mogelijkheid van het online indienen van declaraties, en dat het niet logisch zou zijn dat de zorg in Jordanië gratis is onderscheidenlijk dat bij het niet voldoen van de nota's geen verdere zorg zou zijn verleend, doet aan deze constatering niet af.
- 7.4. Specifiek voor de GGZ-behandeling heeft verzoekster zich erop beroepen dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor aanvankelijk een machtiging heeft verleend. Achteraf stelt de ziektekostenverzekeraar dat dit wellicht niet had gemoeten, gelet op de summier informatie die beschikbaar was ten tijde van het verlenen van de machtiging en de latere verlengingen hiervan. Een eerdere vergoeding maakt echter niet dat verzoekster erop mocht vertrouwen dat toekomstige kosten zonder meer zouden worden vergoed, aldus de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden niet ertoe kan worden gehouden toekomstige kosten zonder meer, met voorbijgaan aan een inhoudelijke beoordeling, te vergoeden. Zij merkt op dat, zoals hierboven is overwogen, het ontbreken van voldoende gespecificeerde betaalbewijzen voor de ziektekostenverzekeraar reeds gereede aanleiding kan zijn om te twijfelen aan de verleende zorg, ook als daartoe (eerder) een

machtiging werd verstrekt. Dit argument van verzoekster leidt daarom niet tot een ander oordeel over de afgewezen declaraties. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij zich het recht voorbehoudt de reeds aan verzoekster gedane uitkeringen terug te vorderen. Daarbij heeft hij opgemerkt dat dit geen onderdeel vormt van het voorliggende geschil. De commissie volgt dit standpunt niet, gelet op de formulering van het verzoek en hetgeen tijdens de zitting is gesteld en aan de orde gekomen. Zij oordeelt dat het de ziektekostenverzekeraar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid, gelet op de omstandigheden van het geval, niet vrij staat de reeds uitgekeerde bedragen van verzoekster terug te vorderen. Een dergelijke terugvordering acht de commissie onaanvaardbaar. In dit verband hecht de commissie belang aan het feit dat door de ziektekostenverzekeraar (i) op basis van beperkte informatie en zonder verdere controle een machtiging voor de GGZ-behandeling is afgegeven, die nadien is verlengd, en (ii) de ontvangen declaraties zonder meer zijn afgehandeld, waarbij deze niet zijn uitgevallen. Dit betreft omstandigheden die in de risicosfeer van de ziektekostenverzekeraar liggen en waarvan de gevolgen voor zijn rekening behoren te blijven.

Slotsom

7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 juni 2024,

A.I.M. van Mierlo

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk overzicht vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel [A.1.1](#). In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3.c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet na komt

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de [Declaratie-app](#) of Mijn Zilveren Kruis. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

Op de nota moet een AGB-code vermeld staan indien:

- het op basis van wet- en regelgeving voor de zorgverlener verplicht is om een AGB-code te hebben voor het verlenen van de zorg die u heeft ontvangen; of
- het op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is dat de zorgverlener een AGB-code heeft voor de zorg die u heeft ontvangen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op!

Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing naar het buitenland, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende (e-mail)adres, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

Let op!

Verhuist u binnen Nederland? Dan moet u dit tijdig doorgeven aan uw gemeente. Voor onze administratie is de Basisregistratie Personen (BRP) leidend.

A.6 Wat is uw verplicht eigen risico?

6.1 Als u 18 jaar of ouder bent betaalt u de eerste € 385,- van uw zorgkosten zelf

Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit bedrag is. In 2022 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

Let op!

Fysiotherapeutische behandelingen voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering" ([B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck](#)) worden altijd verrekend met het eigen risico. Als de behandeling doorloopt in het volgende jaar, dan begint het eigen risico weer opnieuw te tellen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 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 verslapt 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 geneeskundige 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Geldend van 15-11-2019 t/m heden

Artikel 941

- 1** Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
- 2** De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
- 3** Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
- 4** De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
- 5** Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.