



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, medisch specialistische revalidatie, indicatie, zorgplicht, informatieplicht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-017)

Zaaknummer : 201902043

Zittingsdatum : 17 juni 2020

201902043, pagina 1 van 9



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 27 januari 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 7 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 16 april 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 13 mei 2020 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020018531) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 13 mei 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 14 mei 2020 heeft verzoekster schriftelijk gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 26 juni 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 1 juli 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Voor de volledigheid heeft het Zorginstituut daarbij opgemerkt dat de vijfde nota in het dossier hem bekend is. Deze nota is echter niet betrokken bij de beoordeling, omdat deze op naam van de vertegenwoordiger van verzoekster staat.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft op 28 januari 2019 een operatie ondergaan in België, waarbij een totale knieprothese is aangebracht. Hierop volgend heeft een klinische opname plaatsgevonden van 4 februari 2019 tot 16 februari 2019 in VZW Ter Sig te Lebbeke, België. Verzoekster heeft de hiermee gemoeide kosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. In het dossier zijn ter zake vijf facturen aanwezig:
- * Factuur van € 676,- d.d. 6 maart 2019 met omschrijving 'Herstelverblijf'
 - * Factuur van € 574,60 (€ 676,- minus € 101,40 korting) d.d. 6 maart 2019 op naam van de partner van verzoekster met omschrijving 'Herstelverblijf'
 - * Factuur van € 648,24 d.d. 4 april 2019 met omschrijving 'RIZIV Code 558014'
 - * Factuur van € 720,30 d.d. 4 april 2019 met omschrijving 'RIZIV Code 558832'
 - * Factuur van € 195,- met nummer 2019/5 en omschrijving 'Forfait verpleegkundige zorgen'.

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft door middel van het declaratieoverzicht met volgnummer 2019-8 aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.

- 3.5. De behandelend arts heeft bij brief van 29 augustus 2019 over verzoekster verklaard:
"(...) Mevrouw is opgenomen geweest in ons centrum, Reva Ter Sig, van 04/02/2019 tot 16/02/2019 o.w.v. TKP rechts op 28/01/2019.

Bij opname had mevrouw reeds een passieve mobiliteit van 90° flexie en -5° extensie. Ze had steeds de neiging om haar been in endorotatie te leggen en kon haar been actief ook niet volledig strekken. Ook was er een sterke zwakte waar te nemen in de VMO. Ondanks een eerdere TKP aan de linker kant twee jaar eerder, had mevrouw veel angst en had veel moeite om zich goed te ontspannen. Onze doelstellingen tijdens haar verblijf waren een betere mobiliteit verkrijgen (passief minimaal 100° flexie en volledige extensie), minder angst, een betere pijncontrole en een zekere mate van zelfstandigheid om thuis te kunnen functioneren.

De revalidatie verliep moeizaam o.w.v. angst en veel pijn. Mevrouw had na een paar dagen de neiging om haar knie te vermijden, waardoor de hamstrings ook verkort geraakten. Ze liep rond op de kamer met twee krukken, maar voor lange afstanden was een verplaatsing met de rolstoel aangewezen aangezien dit nog veel te vermoeiend voor haar was. Haar transfers verliepen nog steeds zelfstandig, maar ze vermeed haar rechter been steeds meer. O.w.v. bekkenscheefstand werd ook osteopathie aangeboden. Ook patella- en kniemobilisatie verliep steeds moeizamer o.w.v. haar pijn en angst. Mobilisatie met kinetec werd hierdoor opgedreven aangezien ze dit wel kon verdragen. Er was ook veel oedeem aanwezig in de knie, vnl. mediaal, waardoor werd overgeschakeld op dauers i.p.v. steunkousen. Aquarevalidatie was dan ook sterk aangewezen en werd opgestart vanaf de haakjes verwijderd waren.

Door haar opname in ons centrum kon mevrouw opgevolgd worden door [naam arts], haar chirurg. De pijnmedicatie werd gedurende haar verblijf hier ook op punt gesteld.

Behandeling:

- * Multidisciplinaire revalidatie ma-vrij (+/- 3u verspreid door de dag en za (+/- 2u)
- * Aquarevalidatie
- * Ergotherapie: transfertraining, gangrevalidatie, trap leren op- en afgaan
- * Dagelijks 45-60 min kinetec
- * Kinesithérapie: VMO leren ontspannen, hamstrings leren uitschakelen, mobilisatie knie naar flexie en extensie, algemeen leren ontspannen, ijsapplicatie, krachttraining
- * Osteopathie: zachte mobilisatie knie, rechter ISG, sacrum, rechter fossa visceraal

Multidisciplinaire revalidatie:

- * Algemene reconditioneringsoefeningen: fietsen, nustep, pendelen en duwbank
- * Gangreva: met twee krukken
- * Optrainen quadriceps, hamstrings en glutei
- * Algemeen leren ontspannen
- * Kinetec 45-60 min
- * Aquarevalidatie: squaten, pendelen, gangreva, aquajoggen
- * Stretchen hamstrings en extensiepostuur

Status bij ontslag:

Mevrouw had op het moment van ontslag nog alsook pijn in de knie voornamelijk mediaal. Er was ook nog veel oedeem in de knie aanwezig. De mobiliteit vorderde maar heel langzaam. Bij ontslag bereikte ze 100° flexie en extensie was actief eindstandig nog licht beperkt. Passief kon reeds een volledige extensie bereikt worden. Tijdens haar bewegingen had ze echter nog steeds de neiging om haar been in endorotatie te houden.

Besluit:

Dankzij de intensieve multidisciplinaire revalidatie heeft mevrouw geleerd om meer te ontspannen en minder angstig te zijn wat uiteindelijk de revalidatie bevorderde. Mevrouw werd hier wekelijks opgevolgd door haar chirurg en haar pijnmedicatie werd op punt gesteld. Ze had thuis nog een lange weg af te leggen, maar was hier toch een flink eind op weg gezet. De vooropgestelde doelstellingen bij opname werden allemaal bereikt. (...)"

- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 5 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Nadien is bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar op 20 januari 2020 verklaard dat hij alsnog een machtiging toekent voor revalidatie in de periode van 4 februari 2019 tot en met 16 februari 2019. Op basis van deze machtiging wordt de factuur van € 648,24 d.d. 4 april 2019 vergoed.
- 3.8. Op 15 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij op grond van de hiervoor genoemde machtiging tevens de factuur van € 720,30 d.d. 4 april 2020 alsnog vergoed.
- 3.9. Op 13 mei 2020 heeft het Zorginstituut verklaard:
"(...) Artikel 13 van de Zvw kent de mogelijkheid om voor zorg uit het basispakket naar een zorgaanbieder te gaan, waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. Dat kan ook een zorgaanbieder in het buitenland zijn. Artikel 2.2, 2e lid, aanhef en sub b, van het Besluit zorgverzekering regelt dat de zorgverzekeraar niet meer hoeft te betalen dan het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden als redelijk wordt beschouwd.

Het voormalige College voor zorgverzekeringen (nu het Zorginstituut) in een eerder gegeven advies heeft uiteengezet dat volgens het arrest Vanbraekel de kosten die na toepassing van de Belgische sociale ziektekostenverzekering voor eigen rekening van een verzekerde blijven, mits deze tot de verzekerde prestaties behoren, gecompenseerd moeten worden tot het maximumbedrag dat in in rekening gebracht had mogen worden. In het genoemde advies heeft het voormalige College geoordeeld dat in beginsel supplementen en remgelden voor alle zorgvormen kosten van zorg zijn, met uitzondering van kamersupplementen.

Op de factuur voor 'Forfait verpleegkundige zorgen' staat dat dit o.a. omvat: "Gebruik van oproepsysteem, dag & nachtpermanentie, verpleegkundige hygiënische hulp dag en nacht, inspuitingen, aan en uittrekken van steunkousen, wondzorg, oogdruppeling, opvolgen RR en gewicht, nosocomiale preventiemaatregelen, klaarleggen, toedienen en toezicht op medicatie. Exl: incontinentiemateriaal, wondzorgproducten, bandages, aerosolmasker.

De vergoeding voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg geldt ook voor de verpleging, verzorging of paramedische zorg die een verzekerde tijdens het verblijf in de instelling krijgt. Omdat verweerder een machtiging toegekend heeft voor revalidatie in een instelling voor de periode 4 februari 2019 tot en met 16 februari 2019 gaat het Zorginstituut er voor de beoordeling van het geschil vanuit dat het verblijf noodzakelijk was in verband met de medisch specialistische zorg (revalidatie).

Uit het bovenstaande kan afgeleid worden dat verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van remgelden en vergoeding van verpleging en verzorging tijdens het verblijf in de instelling. De factuur van € 195,- met nummer 2019/5 en omschrijving 'Forfait verpleegkundige zorgen' en de factuur van € 574,60 d.d. 6 maart 2019 met omschrijving 'Herstelverblijf Remgelden (medisch, paramedisch & revalidatie)' komen voor vergoeding in aanmerking voor zover de totale kosten van de behandeling het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden als redelijk wordt beschouwd niet overschrijden. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten die samenhangen met de klinische opname bij VZW Ter Sig volledig moet vergoeden;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht en informatieplicht jegens haar heeft geschonden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar 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 bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg, waaronder medisch-specialistische revalidatie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Daarnaast zijn hierin de toepasselijke artikelen uit de Europese Verordening nr. 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Europese Verordening nr. 883/2004

- 6.2. Verzoekster is naar een andere EU/EER-lidstaat, namelijk België, gegaan om daar klinische revalidatie te ondergaan. Dit is aan te merken als planbare zorg. In die situatie is artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van de zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf, als deze zorg valt onder de dekking van de zorgverzekering en deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in beschikbaar is. Daarnaast geldt dat verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen. Als niet aan deze laatste voorwaarde wordt voldaan, blijft artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 buiten beschouwing. De vraag die eerst moet worden beantwoord is of verzoekster voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd en zo ja, of de ziektekostenverzekeraar deze toestemming ten onrechte heeft geweigerd.
- 6.3. Verzoekster heeft op 14 januari 2019 en 18 januari 2019 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens die gesprekken is door haar geïnformeerd naar de vergoeding van medisch specialistische revalidatie en/of verblijf in een herstellingsoord of zorghotel. Volgens verzoekster is aan haar meegedeeld dat VZW Ter Sig een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is, maar dat zij zich op basis van haar restitutiepolis tot deze zorgaanbieder kan richten. Hieruit heeft zij afgeleid dat zij recht had op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Dit wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Onder verwijzing naar de gespreksnotities van 18 januari 2019 stelt hij dat tijdens dit gesprek aan verzoekster is meegedeeld dat zij geen recht heeft op vergoeding.

- 6.4. De commissie overweegt dat niet met zekerheid is vast te stellen wat er precies is besproken tijdens de telefoongesprekken op 14 januari 2019 en 18 januari 2019. De commissie dient haar oordeel dan ook te baseren op de gespreksnotities die de ziektekostenverzekeraar heeft gemaakt en de verklaringen van verzoekster. In haar brief van 20 september 2019 aan de SKGZ schrijft verzoekster dat tegen haar is gezegd dat de kosten niet zouden worden vergoed, echter dat mogelijk recht bestond op een (gedeeltelijke) vergoeding op grond van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit dit alles maakt de commissie op dat de aanvraag – voor zover hier al van kan worden gesproken – in het kader van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. Uitgaande van een ingediende (telefonische) aanvraag was deze afwijzing ook terecht, nu partijen er niet over verdeeld zijn dat behandeling ook tijdig had kunnen plaatsvinden in . Dit betekent dat de verordening buiten toepassing blijft. Rest de vraag of verzoekster recht heeft op vergoeding van de voor haar rekening gebleven kosten – bestaande uit remgelden en kosten van verpleging en verzorging - op grond van de zorgverzekering en/of de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgverzekering

- 6.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij – achteraf - een aanvraag heeft ingediend voor medisch specialistische revalidatie bij VZW Ter Sig te Lebbeke. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag niet goed beoordeeld. Eerst werd deze ten onrechte aangemerkt als een aanvraag voor fysiotherapie. Hierover heeft verzoekster meerdere keren contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens verschillende gesprekken ontving zij tegenstrijdige informatie over de vraag of de instelling een contract had met de ziektekostenverzekeraar en welke gevolgen dit eventueel had voor de (hoogte van) de vergoeding. Verzoekster heeft echter een resitutiepolis, op grond waarvan zij zich mag wenden tot een zorgaanbieder van haar keuze. Daarnaast is verzoekster van oordeel dat op de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht rust, op basis waarvan hij haar had moeten informeren bij welke zorgaanbieder(s) zij wel een volledige vergoeding kon krijgen. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht geschonden door haar niet uit eigen beweging in te lichten over deze alternatieven. Los hiervan is verzoekster van mening dat zij een (verzekerings)indicatie heeft voor medisch specialistische revalidatie en dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten hiervan te vergoeden.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de nota van € 676,- ziet op remgelden en dat deze nooit voor vergoeding in aanmerking komen. De nota van € 195,- betreft verpleging en verzorging. Uit deze nota is niet af te leiden dat dit kosten zijn voor een verblijf vergelijkbaar met een hospice of zorghotel in . Om die reden is de nota afgewezen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de zorgplicht inhoudt dat een verzekerde recht heeft op zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt en dat deze tijdig beschikbaar moet zijn. De zorgplicht ziet dus niet op de informatieverstrekking van de ziektekostenverzekeraar. Overigens kan de ziektekostenverzekeraar wel informatie verstrekken over zorgaanbieders waar een verzekerde terecht kan als hierom wordt verzocht. Dit laatste was echter in de situatie verzoekster niet aan de orde. Zij heeft namelijk niet gevraagd of zij ook bij een andere zorgaanbieder (in het buitenland) terecht kon.
- 6.7. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard de factuur van € 676,- d.d. 6 maart 2019 en de factuur van € 195,- met nummer 2019/5 alsnog te voldoen. Deze beslissing is in lijn met het advies dat het Zorginstituut op 13 mei 2020 heeft uitgebracht en komt de commissie juist voor. Daarmee is vergoeding van de genoemde facturen niet langer onderwerp van geschil. De vraag die rest is of de ziektekostenverzekeraar ook de factuur van € 574,60 d.d. 6 maart 2019 op naam van de partner van verzoekster moet voldoen.
- 6.8. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de verblijfskosten die de partner van verzoekster heeft gemaakt te voldoen. De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bieden hiervoor geen dekking. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting aangevoerd dat de partner van verzoekster niet bij hem is verzekerd.

Dit is door verzoekster niet betwist. Daarmee valt het antwoord op de vraag of de verblijfskosten in aanmerking komen op grond van zijn zorgverzekering of aanvullende verzekering buiten de reikwijdte van dit geschil. De zorgverzekeraar van de partner van verzoekster is immers geen partij in deze procedure.

- 6.9. Voor de volledigheid merkt de commissie op dat verzoekster ter zitting heeft geïnformeerd naar een mogelijke vergoeding van de reiskosten die zij en haar partner hebben gemaakt. Omdat dit geen onderdeel is van het verzoek dat verzoekster aan de commissie heeft gedaan, zal de commissie hierover geen oordeel geven. Het staat verzoekster vrij hiervoor een aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar. Mocht zij het niet eens zijn met de beslissing die de ziektekostenverzekeraar hierover neemt, bestaat de mogelijkheid de kwestie alsnog voor te leggen aan de commissie.

Zorgplicht en informatieplicht

- 6.10. Een zorgverzekeraar heeft een zorgplicht jegens zijn verzekerden. De inhoud van de zorgplicht verschilt per verzekeringsvorm. Voor de natura-aanspraken bestaat deze uit de zorg of de overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft. De zorgplicht voor de restitutie-aanspraken bestaat uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Aldus is bepaald in artikel 11, eerste lid, onder a en b, Zvw. De commissie stelt vast dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar niet heeft verzocht om bemiddeling naar een zorgaanbieder. Van schending van de zorgplicht is dan ook geen sprake.
- 6.11. Een zorgverzekeraar heeft daarnaast een informatieplicht jegens zijn verzekerden, die nader is uitgewerkt in de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten' van de NZa. Op grond van deze regeling is een zorgverzekeraar onder andere verplicht het gecontracteerde zorgaanbod op zijn website te publiceren. Daarnaast is een zorgverzekeraar verplicht eventuele vragen van zijn verzekerden te beantwoorden. De informatieplicht gaat niet zo ver dat een zorgverzekeraar is gehouden een verzekerde ongevraagd te informeren over mogelijke zorgaanbieders tot wie een verzekerde zich kan wenden. In dit geval belde verzoekster met de concrete vraag naar de vergoeding voor revalidatie in VZW Ter Sig. Niet gebleken is dat alternatieven voor haar bespreekbaar waren, ook niet toen zij werd gewezen op het feit dat de kosten van de behandeling aldaar niet (volledig) zouden worden vergoed. Schending van de informatieplicht door de ziektekostenverzekeraar is daarom niet aan de orde.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) De ziektekostenverzekeraar de nota's van respectievelijk € 676,- d.d. 6 maart 2019 en € 195,- met nummer 2019/5 aan verzoekster moet vergoeden op grond van de zorgverzekering;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar de nota op naam van de partner van verzoekster niet hoeft te vergoeden;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht en informatieplicht jegens verzoekster niet heeft geschonden.

Zeist, 15 juli 2020



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

Zorgverzekeringswet

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.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

16.2. Geriatrische revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U heeft maximaal 6 maanden recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als:

1. De zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 37, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. U een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de

eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrie polikliniek. De geriatrie revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;

3. De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstel mogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrie revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Artikel 17. Erfelijkheidsonderzoek

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook adviesing plaatsvinden.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 18. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

18.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

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 zeven 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.

Besluit zorgverzekering

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 gehemeltepleten, 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.