



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, hinderpaalcriterium
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017-2018
Zaaknummer : 201900116
Zittingsdatum : 14 augustus 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 5 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 juni 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 2 juli 2019 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 12 juli 2019 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is, eveneens op 12 juli 2019, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren. Bij brief van 31 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

2.4. Partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om te worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3.2. In verband met een B12 deficiëntie is verzoekster in 2017 en 2018 onder behandeling geweest bij een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Op 9 november 2017 heeft een intake consult plaatsgevonden. Dit consult is door middel van de factuur van 3 mei 2018 bij verzoekster in rekening gebracht voor een bedrag van € 310,--. Op 22 februari 2018 en 1 juni 2018 hebben herhaalconsulten plaatsgevonden. Deze consulten zijn bij factuur van 13 juli 2018 bij verzoekster in rekening gebracht voor een bedrag van totaal € 350,--. Verzoekster heeft de facturen van de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 mei 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de factuur van 3 mei 2018 wordt vergoed tot een bedrag van € 175,--. Bij brief van 27 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de factuur van 13 juli 2018 wordt vergoed tot een bedrag van € 155,--.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 31 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

3.5. Nadien heeft verzoekster een factuur van 1 maart 2019, ten bedrage van € 350,-, bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze factuur betreft een herhaalconsult op 5 november 2018. Van het gedeclareerde bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar € 155,- vergoed.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

(i) het niet volledig vergoeden van de ingediende declaraties een feitelijke hinderpaal vormt, als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zorgverzekeringswet;

(ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden een hogere vergoeding toe te kennen, gelijk aan (a) het in rekening gebrachte tarief minus de extra kosten die de ziektekostenverzekeraar heeft gemaakt voor de afhandeling van de ingediende declaraties, of (b) het marktconforme tarief, dan wel (c) ten minste 75% van het marktconforme tarief.

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 brengt daarover bindend advies uit. Dit blijkt uit artikel 14 van de zorgverzekering.

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 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. De behandelingen die verzoekster heeft ondergaan zijn gedeclareerd met DBC-code 15C231 met de bijbehorende omschrijving '1 of 2 polikliniekbezoeken bij bloedarmoede of een andere ziekte van bloed of bloedvormende organen'. Deze behandelingen zijn aan te merken als medisch specialistische zorg. Op grond van artikel 18a van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op medisch specialistische zorg en kan zij zich hiervoor wenden tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Als zij zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt, en er geldt geen wettelijk tarief, dan heeft zij recht op een vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar is vastgesteld, en die is terug te vinden op zijn website. Dit volgt uit de artikelen 15 en 18a, lid 2.3, van de zorgverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding van de gedeclareerde DBC voor 2017 vastgesteld op € 175,- en voor 2018 op € 155,-. Deze bedragen zijn aan verzoekster uitgekeerd.

6.3. Verzoekster voert aan dat de aan haar uitgekeerde bedragen te laag zijn en dat om die reden sprake is van een feitelijke hinderpaal om de zorg bij de door haar gekozen niet-gecontracteerde zorgaanbieder te betrekken. Er wordt namelijk slechts 46% van het bij haar in rekening gebrachte tarief door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

Verzoekster leidt uit de uitspraak van de Rechtbank Gelderland van 1 februari 2019 (ECLI:NL:RBGEL:2019:380) af dat de ziektekostenverzekeraar op het bij haar in rekening gebrachte tarief slechts een bedrag in mindering mag brengen gelijk aan de (extra) kosten die de


ziektekostenverzekeraar moet maken voor de afhandeling van de ingediende declaraties. Het is aan de ziektekostenverzekeraar deze (extra) kosten inzichtelijk te maken.


Verder voert verzoekster aan dat de vergoedingen die aan haar zijn toegekend niet marktconform zijn. In dit verband verwijst zij naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit waarop de gemiddelde 'verkoopprijs' per DBC is vermeld. De gemiddelde 'verkoopprijs' van de DBC die bij verzoekster in rekening is gebracht bedroeg in 2017 en in 2018 € 275,--. Verzoekster meent dat de aan haar toegekende vergoeding niet lager mag zijn dan dit bedrag of - voor zover hierop al een korting mag worden toegepast - dat zij ten minste recht heeft op een vergoeding van 75% hiervan.


- 6.4. De ziektekostenverzekeraar betwist dat sprake is van een feitelijke hinderpaal. In dit verband voert hij aan dat niet het bij verzoekster in rekening gebrachte bedrag als uitgangspunt heeft te gelden, maar het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief. Dit uitgangstarief bedraagt voor de behandelingen die verzoekster heeft ondergaan € 242,05. Met dit tarief als uitgangspunt blijft een bedrag van € 87,05 (€ 242,05 - € 155,--) voor rekening van verzoekster. Over 2018 heeft verzoekster een tweetal nota's ingediend, zodat zij dit bedrag in dat jaar twee maal moest voldoen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat deze bedragen niet zodanig hoog zijn dat kan worden gesproken van een feitelijke hinderpaal. Daarbij tekent hij aan dat de Hoge Raad in het arrest van 7 juni 2019 (ECLI:NL:HR:2019:853) heeft bevestigd dat ten aanzien van de draagkracht van verzekerden dient te worden uitgegaan van de gemiddelde ('modale') en niet van de minst draagkrachtige zorggebruiker. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat op het uitgangstarief niet slechts de extra (administratie)kosten in mindering mogen worden gebracht die het inroepen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder met zich brengen. Ook dit is door de Hoge Raad bevestigd in het arrest van 7 juni 2019.
- 6.5. Alvorens te beoordelen of sprake is van een feitelijke hinderpaal, is het volgens de commissie van belang een toelichting te geven op het zorgverzekeringsstelsel en de onderscheiden polissen.
- 6.6. De commissie overweegt dat zorgverzekeraars op grond van artikel 11 Zvw een zorgplicht hebben jegens hun verzekerden. De invulling van deze zorgplicht is afhankelijk van de gekozen verzekeringsvorm. De naturapolis geeft recht op de zorg en overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft (artikel 11, eerste lid, sub a, Zvw) en de restitutiepolis geeft recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten en desgevraagd activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of overige diensten (artikel 11, eerste lid, sub b, Zvw). Een combinatie van beide verzekeringsvormen in één polis is ook mogelijk. Dit wordt een combinatiepolis genoemd. Binnen deze combinatiepolissen zijn twee varianten te onderscheiden, zoals blijkt uit de toelichting op de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse zorgautoriteit. De eerste variant is die waarbij voor sommige aanspraken wordt uitgegaan van een recht op zorg (natura) en voor andere van een recht op vergoeding (restitutie). De tweede variant geeft recht op vergoeding van de kosten van zorg en andere diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw, maar hierbij wordt ervan uitgegaan dat gebruik wordt gemaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder. Anders dan bij een 'zuivere' restitutiepolis wordt het recht op vergoeding bij deze combinatiepolissen niet bepaald door artikel 2.2 Bzv, maar door artikel 13 Zvw. Eerdergenoemd hinderpaalcriterium is niet opgenomen in de wet zelf, maar in de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw en behoort volgens de Hoge Raad tot het nationale recht. De door verzoekster afgesloten zorgverzekering valt onder de tweede variant van de combinatiepolissen.
- 6.7. Voor deze variant geldt dat de ziektekostenverzekeraar de hoogte van de vergoeding mag bepalen indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voorwaarde is dat de vergoeding geen feitelijke hinderpaal mag vormen. Voor de beoordeling hiervan zoekt de commissie aansluiting bij de door partijen aangehaalde uitspraak van de Rechtbank Gelderland van 1 februari 2019 en het arrest van de Hoge Raad van 7 juni 2019.
- 6.8. De rechtbank kwam, aan de hand van de parlementaire geschiedenis bij de totstandkoming van de Zvw, tot de conclusie dat een zorgverzekeraar bij het bepalen van de bedoelde vergoeding

als uitgangspunt het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief mag nemen, voor zover dit het gewogen gemiddelde is van het daadwerkelijk gedeclareerde tarief voor een bepaalde zorgvorm. Dit is eerder genoemd uitgangstarief.

- 6.9. Uit de wetsgeschiedenis volgt verder dat een zorgverzekeraar voor de extra kosten die niet-gecontracteerde zorg met zich brengt een korting mag toepassen op het uitgangstarief, omdat de zorgverzekeraar er bij het contracteren van zorgaanbieders van is uitgegaan dat al de verzekerden waarvoor hij zorg inkoop aanspraak maken op deze (gecontracteerde) zorg of overige diensten, in plaats van vergoeding (restitutie) hiervan te wensen. Hierop zijn de contracten naar omvang en de inhoud dan ook afgestemd. De Hoge Raad oordeelde dat bedoelde korting niet is beperkt tot de (gemiddelde) extra (administratie)kosten die zijn gemoeid met de afwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg in kwestie. Volgens de Hoge Raad zou deze opvatting afbreuk doen aan het door de wetgever gewenste stelsel van naturapolissen met een onderscheid tussen wel en niet-gecontracteerde zorg, en aan de daarmee verband houdende regierol van de zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg teneinde de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Aanvaarding van die opvatting zou immers meebrengen dat ook bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg in feite recht bestaat op een nagenoeg volledige vergoeding. Verder oordeelde de Hoge Raad dat bij het vaststellen van de bedoelde korting moet worden uitgegaan van de gemiddelde ('modale') zorggebruiker. Volgens de Hoge Raad berust het stelsel van de Zvw op het uitgangspunt dat het niet-volledig vergoeden van niet-gecontracteerde zorg dient als prikkel voor iedere zorggebruiker om te kiezen voor een restitutiepolis of - ingeval is gekozen voor een naturapolis - gebruik te maken van gecontracteerde zorg. Indien de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zou worden bepaald door de gemiddeld minst draagkrachtige zorggebruiker, zou voor zorggebruikers die niet behoren tot deze categorie de prikkel voor een belangrijk deel wegvallen. Daarmee zou het stelsel van de Zvw op onaanvaardbare wijze worden ondergraven.
- 6.10. Gelet op het voorgaande dient - anders dan verzoekster aanvoert - niet het tarief dat bij haar door de zorgaanbieder in rekening is gebracht of het marktconforme tarief, maar het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief als uitgangspunt te worden genomen om te bepalen op welke vergoeding zij recht heeft. Op dit uitgangstarief mag nog een bepaald bedrag in mindering worden gebracht. Zoals uit het hiervoor aangehaalde arrest van de Hoge Raad volgt, blijft deze korting niet beperkt tot de extra (administratie)kosten die samenhangen met het inschakelen van niet-gecontracteerde zorg. Hetgeen verzoekster in dit verband heeft aangevoerd, treft om die reden geen doel. Pas als het bedrag dat in mindering wordt gebracht op het uitgangstarief zodanig hoog is dat dit ertoe leidt dat de gemiddelde ('modale') zorggebruiker hierdoor de zorg niet langer kan betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is sprake van een feitelijke hinderpaal.
- 6.11. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het gewogen gemiddeld tarief voor de zorg die verzoekster heeft ontvangen € 242,05 bedraagt. Aangezien de ziektekostenverzekeraar hierbij geen onderscheid heeft gemaakt voor respectievelijk 2017 en 2018, neemt de commissie dit tarief voor beide jaren als uitgangstarief. De vergoeding die de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster heeft toegekend, bedraagt respectievelijk € 175,- voor de zorg die in 2017 heeft plaatsgevonden en € 155,- voor de zorg die in 2018 is verleend. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar een korting van respectievelijk € 67,05 (€ 242,05 minus € 175,-) en € 87,05 (€ 242,05 minus € 155,-) heeft toegepast. De commissie is van oordeel dat deze korting niet dusdanig is dat de kosten die hierdoor voor rekening blijven van verzoekster zo hoog zijn dat deze door de gemiddelde ('modale') zorggebruiker niet kunnen worden gedragen. Om die reden kan niet worden gesproken van een feitelijke hinderpaal. Daarbij hecht de commissie tevens waarde aan het feit dat de betreffende kosten niet in één keer, maar over een periode van tien maanden bij verzoekster in rekening zijn gebracht, te weten op 22 mei 2018, 13 juli 2018 en 11 maart 2019.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

-  7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst de verzoeken af.

 Zeist, 14 augustus 2019,

 J.A.M. Strens-Meulemeester



Deel 2 Dekking en vergoeding

Artikel 15 Recht op zorg en vergoeding

lid 1 Algemeen

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

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

lid 2 Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Wanneer u kiest voor gecontracteerde zorg, worden de kosten vergoed volgens de door ons met de desbetreffende zorgaanbieder overeengekomen tarieven. In dat geval vindt betaling rechtstreeks aan de zorgaanbieder plaats en ontvangt u geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage wordt veelal door de zorgaanbieder apart bij u in rekening gebracht. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op www.dsw.nl/consumenten/zorgverzekering/zorgverleners onder “Zoek een zorgverlener”.

lid 3 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder binnen Nederland gaat en er geldt voor de aan u verleende zorg een wettelijk maximumtarief, dan ontvangt u zelf de nota van de zorgaanbieder. Wij vergoeden, na ontvangst van deze nota, aan u de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief, met uitzondering van huisartsenzorg, curatieve GGZ, zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, logopedie, revalidatie en Verpleging en Verzorging. Hiervoor geldt dat wij de zorg vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze vergoedingen zie www.dsw.nl.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt voor de aan u verleende zorg geen wettelijk maximumtarief, dan ontvangt u zelf de nota van de zorgaanbieder. Wij vergoeden, na ontvangst van deze nota, aan u de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze vergoedingen zie www.dsw.nl.

lid 4 Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg

Alleen originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag worden door ons in behandeling genomen. De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgaanbieder, bent u verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder.

lid 5 **Extra voorwaarden ten aanzien van de betaling van rekeningen**

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

Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of op een lagere vergoeding dan het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag dan moet u het aldus ontstane verschil zelf betalen aan de zorgaanbieder. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer u een eigen bijdrage of eigen risico heeft of wanneer er een maximumvergoeding geldt.

Als wij een nota rechtstreeks aan u betalen mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie.

lid 6 **Zorgbemiddeling**

De verzekerde heeft desgevraagd recht op zorgbemiddeling door DSW Zorgverzekeraar.

lid 7 **Machtiging**

Sommige behandelingen worden alleen vergoed als u vooraf een machtiging van ons heeft gekregen. Dit staat dan vermeld in onze polisvoorwaarden en/of reglementen. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt u ons:

- a. een verwijfsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts waarin de gevraagde behandeling wordt omschreven en gemotiveerd; en
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Zodra u van ons een machtiging heeft gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering worden gegeven. Een door DSW afgegeven machtiging heeft een geldigheidsduur van 365 dagen (zie lid 12 van dit artikel), en wordt afgegeven op basis van de op het moment van afgifte geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

lid 8 **Spoedeisende zorg**

Gaat het om spoedeisende zorg dan handelen wij alsof u een machtiging heeft gekregen voor de zorg, ook al heeft u deze niet vooraf bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

lid 9**Omzetplafond**

In het contract van DSW met een zorgaanbieder staan afspraken over onder andere kwaliteit en veiligheid maar in een aantal gevallen ook over maximale vergoedingen aan de zorgaanbieder (het zogenoemde “omzetplafond”). Met de zorgaanbieder spreken wij af hoe te handelen bij het bereiken van het omzetplafond zodat u de zorg kunt blijven ontvangen die u nodig hebt. Indien een zorgaanbieder u desondanks meldt dat er geen (financiële) ruimte meer is om zorg aan u verlenen, verzoeken wij u dit zo spoedig mogelijk bij ons te melden. DSW gaat dan met u in overleg om tot de beste oplossing te komen.

In de volgende gevallen kunt u altijd terecht bij een zorgaanbieder, ook als het omzetplafond is overschreden:

- spoedeisende hulp;
- crisiszorg van de regionale crisisdienst;
- indien u al in behandeling bent bij de betreffende zorgaanbieder.

lid 10**Doorlopende zaken bij verandering zorgverzekeraar**

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft beëindigd en u kreeg tijdens die vorige zorgverzekering een machtiging, een verwijzing en/of een recept, dan blijven die geldig als u naar ons overstapt tot de datum die de andere zorgverzekeraar heeft aangegeven. Betreft het een machtiging voor langer dan één jaar of voor onbepaalde tijd dan hanteren wij een geldigheidsduur van één jaar na datum van afgifte. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.

lid 11**Mededelingen en toezeggingen**

Alleen schriftelijke mededelingen en toezeggingen aan u zijn geldig.

lid 12**Geldigheidsduur**

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

lid 13**Betalingen van vergoedingen**

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

lid 14**Teruggave van originele nota's**

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

lid 3 **Overgangsrecht**

Indien u op 31 december 2016 op grond van een indicatiebesluit van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) was aangewezen op eerstelijnsverblijf, bedoeld in artikel 1.2, tweede lid, van de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016, zoals deze gold op 31 december 2016, heeft u recht op voorzetting van de zorg bij dezelfde zorgaanbieder. Dit recht geldt voor zover u op grond van het indicatiebesluit was aangewezen op één van de prestaties eerstelijnsverblijf, bedoeld in artikel 1.2, tweede lid, van de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016.

Indien het indicatiebesluit van het CIZ is afgegeven na 1 oktober 2016 en een geldigheidsduur heeft tot 31 december 2016, heeft u recht op voorzetting van de zorg bij dezelfde zorgaanbieder tot:

- a. drie maanden na de inwerkingtredingsdatum van het indicatiebesluit, voor zover u bent aangewezen op eerstelijnsverblijf basis of eerstelijnsverblijf intensief, of
- b. drie jaar na de inwerkingtredingsdatum van het indicatiebesluit, voor zover u bent aangewezen op eerstelijnsverblijf palliatief terminaal.

Van de hierboven genoemde rechten, kan door ons worden afgeweken indien uw gezondheidssituatie zo is gewijzigd dat er niet langer een medisch noodzaak is voor het eerstelijnsverblijf, bij wijziging van zorgzwaarte (van intensief naar basis bijv.) of u op andere wijze niet langer is aangewezen op die zorg.

lid 4 **Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst**

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Artikel 18a **Medisch-specialistische zorg****lid 1** **Algemeen**

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

- medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2 van dit artikel);
- behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3 van dit artikel).

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikelen 37 en 38 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 42 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

lid 2 **Klinische en niet-klinische medisch-specialistische zorg****lid 2.1** **Te vergoeden zorgkosten****lid 2.1.1** **Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)**

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

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

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

lid 2.1.2 **Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)**

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

lid 2.2 **Voorwaarden***Algemeen*

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

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

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

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 2.3 **Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst***Wettelijk maximumtarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij 75% van de rekening gebrachte kosten.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 3 **Behandelingen van plastisch-chirurgische aard****lid 3.1** **Te vergoeden zorgkosten**

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

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 1. lip-, kaak- of gehemeltespelen;
 2. misvorming van het benig aangezicht;
 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 4. geboortevlekken;
 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

lid 3.2 **Voorwaarden***Algemeen*

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

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

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.

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.2

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

Artikel 2.2 Besluit zorgverzekering

1 De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

2 Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:

- a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
- b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Kenmerk

TH/NR-010

Pagina

23 van 28

Wij verwijzen naar het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-018) voor een nadere uitwerking van de verplichtingen rond de zorgplicht van de zorgverzekeraar die uit dit artikel voortvloeien.

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

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

Met dit artikel wordt echter geen inhoudelijke wijziging van de vergoeding van zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders beoogd.

De voorgenomen wijziging laat daarom wat de NZa betreft ook onverlet dat bij het voldoen aan het hinderpaalcriterium de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg kan worden gebaseerd op een percentage van het gemiddelde tarief waartegen de zorgverzekeraar de betreffende prestatie heeft gecontracteerd. Dit tarief wordt dan echter niet meer het marktconform tarief genoemd.

Artikel 29. Typering polissen

Om polissen goed te kunnen vergelijken is het belangrijk dat de consument eenvoudig kan zien tot welk type een polis behoort. De NZa schrijft in dit artikel voor dat een verzekeraar voor elke polis moet aangeven tot welke van de volgende drie types polis een verzekering behoort: de naturapolis, de combinatiepolis of de restitutiepolis.

Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg. De verzekerde weet daarom dat als hij een naturapolis afsluit de zorg bij gecontracteerde aanbieders door de verzekeraar betaald wordt, volgens de prijs die de verzekeraar met de aanbieder afgesproken heeft. Ook weet de verzekerde dat als hij een niet-gecontracteerde aanbieder kiest, er vaak vergoedingsbeperkingen gelden. Wanneer bij een polis sprake is van een recht op vergoeding van zorg in plaats van een recht op zorg voor een bepaalde aanspraak of prestatie vanwege feitelijke belemmeringen (inkoop van zorg is door overmacht niet mogelijk) mag de polis alsnog als naturapolis aangemerkt worden.

Vooralsnog denken we hierbij alleen aan naturapolissen waarbij vergoeding van zorg in het buitenland is vormgegeven als een recht op vergoeding van zorg. Randvoorwaarde is uiteraard dat duidelijk wordt aangegeven dat ten aanzien van de betreffende prestatie sprake is van een recht op vergoeding in plaats van recht op zorg.

Kenmerk
TH/NR-010
Pagina
24 van 28

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

Polissen die een combinatie maken van kenmerken die voorkomen in de natura- en restitutiepolissen worden aangeduid als 'combinatiepolis'. Het kan hierbij gaan om polissen die voor sommige aanspraken een recht op zorg kennen en voor andere aanspraken een recht op vergoeding. Met het ingaan van dit artikel omvat het type 'combinatiepolis' voortaan ook die polissen die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw maar waarbij, anders dan bij de restitutiepolissen, de vergoeding verdergaand wordt beperkt dan aangegeven in art. 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

Over de vergoeding van zorg bij restitutiepolissen is veel verwarring geweest. Om deze verwarring weg te nemen, schrijft dit artikel voor dat de termen 'restitutie', 'restitutiepolis', 'natura' en 'naturapolis' exclusief gebruikt worden in de beschrijving van het type polis zoals in het tweede en derde lid van artikel 29 van deze regeling benoemd. Dit betekent dat deze termen niet mogen worden gebruikt voor andere typen polissen. Een 'combinatiepolis' mag dus niet als 'polis met restitutie' worden aangeduid. Dit geldt voor alle informatie die bedoeld is voor de consument, zoals de naam van de polis, reclame-uitingen, en informatie op de website.

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

Artikel 30. Transparantie over (nagenoeg) gelijke polissen

Er wordt een groot aantal polissen aangeboden en polissen kunnen op vele onderdelen van elkaar verschillen. Daarom is het voor verzekerden, ondanks de informatie die ze op grond van de voorgaande artikelen krijgen, vaak moeilijk om zich te oriënteren. Een extra obstakel hierbij wordt gevormd doordat een deel van de polissen die op het oog anders lijken te zijn inhoudelijk in feite gelijk of nagenoeg gelijk zijn wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw en de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Zo worden (nagenoeg) identieke polissen mogelijk bijvoorbeeld aangeboden door afzonderlijke verzekeraars en door verschillende verzekeraars die onder hetzelfde concern vallen, maar dan onder een andere polisnaam of met een eigen merkbeleving.