



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, oogheelkundige hulp, hoogte vergoeding, restitutiepolis, marktconform tarief
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, art. 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 28 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)
Zaaknummer : 202000277
Zittingsdatum : 20 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 30 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 8 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 9 april 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Uitgebreid en OHRA Comfort VerplegingGezond (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeksters gezichtsvermogen is ernstig aangetast. Omdat zij in 2015 de behoefte had zich in een gespecialiseerde praktijk te laten behandelen, is verzoekster sinds dat jaar onder behandeling van een arts in een gespecialiseerd oogziekenhuis. Omdat het oogziekenhuis niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, verschilt verzoekster van meet af aan met de ziektekostenverzekeraar van mening over welk bedrag laatstgenoemde voor de behandelingen moet betalen. Een en ander heeft ertoe geleid dat de commissie op 5 april 2017 een bindend advies heeft uitgebracht. Hierin is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de gehele nota moet vergoeden. Ondanks dit bindend advies heeft de ziektekostenverzekeraar ook op de nadien gedeclareerde nota's een korting toegepast. Telkens nadat verzoekster hiertegen bezwaar had gemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar de gehanteerde korting ongedaan gemaakt.

3.3. Het oogziekenhuis heeft verzoekster op 4 juli 2019 een nota gestuurd van totaal € 313,--. Nadat verzoekster de desbetreffende nota bij de ziektekostenverzekeraar had gedeclareerd, heeft deze verzoekster bij uitkeringspecificatie van 23 juli 2019 meegedeeld dat een bedrag van € 255,17 voor vergoeding in aanmerking komt.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 september 2019 en brief van 29 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:

- (i) de declaratie van het oogziekenhuis van 4 juli 2019 ten bedrage van € 313,-- volledig te vergoeden, en
- (ii) de kosten van de onderhavige procedure te vergoeden.

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 A.22. van de zorgverzekering welk artikel ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling


6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische 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. Niet in geschil is dat de door verzoekster in 2019 bij het oogziekenhuis genoten zorg een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt, en dat zij hiervoor een indicatie had. Voor de desbetreffende zorg heeft het oogziekenhuis DBC zorgproductcode 070601015 (declaratiecode 15A406) opgevoerd. Deze code heeft als omschrijving "*Consult / Behandeling Oogheelkunde*". De juistheid van de gehanteerde code is door verzoekster niet betwist zodat de commissie hiervan uitgaat. Het notabedrag is € 313,--. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding van € 255,17 (gemiddelde tarief (€ 170,11) + 50%). Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.

6.3. Op grond van artikel A.20.1., onder 3, van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten op basis van het 'marktconform tarief'. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in de toelichting op artikel 28 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) bepaald dat de term 'marktconform tarief' niet meer mag worden gebruikt als synoniem voor het 'gemiddeld gecontracteerde tarief' of andere varianten hiervan die vaak door verzekeraars worden gehanteerd als uitgangspunt om bij natura- en combinatiepolissen de vergoedingsbeperking te berekenen voor niet-gecontracteerde zorg. Hiermee staat vast wat het 'marktconform tarief' niet is, maar blijft de vraag onbeantwoord wanneer kan worden gesproken van een excessief tarief als bedoeld in de toelichting op de onderliggende wetten regelgeving. De commissie merkt in dit verband op dat het aan de betrokken verzekeraar is te stellen en te onderbouwen dat sprake is van een tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend is te achten (artikel 2.2., tweede lid, sub b Bzv). In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar dit gedaan. Als dit niet het geval was geweest, dan kon slechts worden geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar tot volledige vergoeding van de nota is gehouden.


- 6.4. De commissie heeft in het verleden geoordeeld dat het hoogste passantentarief voor een medisch specialistische behandeling rechtsgeldig in rekening mag worden gebracht en om die reden als marktconform kan worden aangemerkt. Hierop valt af te dingen dat bedoeld tarief (i) een opslag kent voor het debiteurenrisico – een risico dat bij verzekerden op basis van een zorgverzekering verwaarloosbaar is – en (ii) met name in rekening wordt gebracht bij onverzekerden of bij verzekerden die niet onder het Nederlandse stelsel vallen. Om deze redenen is het hoogste passantentarief de uitzondering en voldoet het niet aan de definitie van ‘marktconform’ (zie in dit verband zaak nr. 201800739). Gelet op deze conclusie passeert de commissie de stelling van verzoekster dat in het voorliggende geschil de motivering van het in 2017 uitgebrachte bindende advies moet worden gevolgd. De inzichten over wat moet worden verstaan onder het ‘marktconform tarief’ zijn sindsdien gewijzigd.
- 6.5. Omdat door de wetgever niet is bepaald hoe exact invulling moet worden gegeven aan artikel 2.2. Bzv, heeft de commissie recent een methode voor de bepaling van het ‘marktconform tarief’ voor medisch specialistische zorg vastgesteld. Deze is uiteengezet in de tussenuitspraak van 4 december 2019 (GcZ, 4 december 2019, 201901150). Samengevat komt het erop neer dat niet wordt uitgegaan van een gemiddelde, maar van het hoogste tarief dat in de berekening van Open DIS-data is betrokken. Hiermee wordt voldaan aan de door de NZa geformuleerde uitgangspunten. Van de verzekerden op basis van de Zvw heeft ongeveer 2/3e deel gekozen voor een naturapolis dan wel een combinatiepolis met gecontracteerde zorg of een restitutiepolis met gecontracteerde zorg. De betrokken verzekerden zijn in principe aangewezen op zorg en overige diensten, geleverd door gecontracteerde zorgaanbieders. Via Open DIS-data van de NZa kan worden achterhaald wat het gemiddeld gecontracteerde tarief is voor een bepaalde behandeling, waarbij overigens de laagste en hoogste declaraties reeds buiten de berekening zijn gelaten.
- 6.6. Zoals ook in de tussenuitspraak is uiteengezet, hoeft dit gemiddeld gecontracteerde tarief niet representatief te zijn voor de tarieven die voor de onderhavige behandeling gelden in het marktsegment van de verzekerden met vrije artskeuze, het resterende circa 1/3e deel van de zorgverzekerdenmarkt. Deze tarieven kunnen hoger zijn, hetgeen onder andere afhankelijk is van de door de verzekeraars bereikte onderhandelingsresultaten. De commissie gaat om die reden uit van het hoogste in de berekening van Open Dis data betrokken tarief, waarbij dan nog een zekere marge moet worden ingebouwd om te komen tot een tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid - nog - passend is te achten. Deze marge is voor 2019 door de commissie bepaald op 5,4%.
- 6.7. Anders dan in de tussenuitspraak van 4 december 2019 heeft de commissie zelf bij de NZa het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde tarief ten behoeve van Open DIS-data betrokken tarief voor de in geding zijnde behandeling opgevraagd. De NZa heeft de commissie bericht dat "het 90e percentiel voor het zorgproduct 070601015, jaar 2019, € 185,-" is. Dit betekent feitelijk dat van de tarieven die bij Open DIS-data bekend zijn negen van de tien lager uitvallen dan genoemd bedrag. Vermeerderd met de door de commissie hierover berekende opslag groot € 9,99 komt het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid - nog - passend te achten tarief op € 194,99. Dit is aanzienlijk minder dan het notabedrag van € 313,-, welk bedrag dan ook als excessief kan worden aangemerkt.
Aangezien de door de ziektekostenverzekeraar toegezegde vergoeding van € 255,17 het berekende bedrag van € 194,99 reeds overstijgt, betekent dit dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is verzoekster een (nog) hoger bedrag te vergoeden.
- 6.8. Volledigheidshalve tekent de commissie bij het vorenstaande nog aan dat door de ziektekostenverzekeraar is verwezen naar een uitspraak van de rechtbank Noord-Nederland over deze materie (ECLI:NI:RBNNE:2019:5148). Aan de orde was het zogenoemde P95-criterium. De ziektekostenverzekeraar heeft betoogd toepassing te geven aan dit criterium. De commissie acht dit criterium minder geschikt voor de bepaling van het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid - nog - passend is te achten. Daartoe overweegt de commissie dat de basis voor de vergoeding bij toepassing van het P95-criterium wordt bepaald




aan de hand van de declaraties die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft ontvangen. Dit beeld kan per verzekeraar echter sterk wisselend zijn. Zo zal de uitkomst bij een verzekeraar die uitsluitend restitutiepolicen zonder gecontracteerde zorg voert, anders zijn dan bij een verzekeraar die alleen naturapolissen aanbiedt. Het begrip 'marktconform' ziet evenwel op de gehele zorgverzekerenmarkt en niet op één van deze deelmarkten. De door de commissie voorgestane methode kent dit bezwaar niet. Daarbij is de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde opslag van 50% op geen enkele wijze onderbouwd. Het toepassen hiervan getuigt weliswaar van goede wil richting de betrokken verzekeren, maar zonder onderbouwing kan deze opslag geen onderdeel zijn van de bepaling van het 'marktconform tarief'.



Proceskostenvergoeding




6.9. Verzoekster maakt tevens aanspraak op een proceskostenvergoeding, waarbij door haar ter zitting is toegelicht dat het hierbij feitelijk het betaalde entreegeld van € 37,- betreft. Voor toekenning van een proceskostenvergoeding is alleen plaats als de commissie het - primaire - verzoek geheel of gedeeltelijk toewijst, en dan nog slechts bij uitzondering. Omdat het verzoek tot volledige vergoeding van de nota van het oogziekenhuis wordt afgewezen, wordt aan een inhoudelijke beoordeling van de gevorderde proceskostenvergoeding niet toegekomen.




6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 3 juni 2020,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Overige stukken

A.20.2. Hoogte van de tarieven

A.20.2.1. Vervallen

A.20.2.2. Als u een (aanvullende) zorgverzekering of ziektekostenverzekering hebt met zorg op basis van restitutie.

Dit geldt voor de Zorgverzekering Restitutie, de ziektekostenverzekering en/of de vergoedingen op restitutiebasis uit uw aanvullende verzekering.

Wij vergoeden maximaal:

- het vast wettelijk tarief of
- als op uw Vergoedingen Overzicht een bedrag, aantal, uren en/of termijnen staat: het maximale bedrag, aantal, uren en/of termijnen of
- als we dat niet vermelden: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief.

Tip!

Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die zorg dan vergoeden we volgens het afgesproken tarief. We hebben bijna altijd lagere tarieven afgesproken met gecontracteerde zorgverleners dan de tarieven die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. Dit betekent dat het eigen risico dat u voor die zorg moet betalen, dan ook lager is. U heeft dan dus voordeel van de lagere tarieven die wij contracteren.

Voorbeelden voor verschillende verzekeringen:

- Wanneer ontvangt u met een Zorgverzekering Natura een vergoeding van een lager tarief dan het vaste of afgesproken tarief?

Voorbeeld

U gaat naar een fysiotherapeut. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze internetsite en u hebt gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt, geen zorgovereenkomst met ons heeft. U ziet op onze internetsite dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel een zorgovereenkomst hebben, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze. Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een afgesproken tarief, want wij hebben met andere fysiotherapeuten afspraken over tarieven. U krijgt 75% vergoed van het afgesproken tarief.

Voorbeeld:

Uw fysiotherapeut rekent € 28,50 voor een behandeling. Wij hebben hem niet gecontracteerd

en volgens uw zorgverzekering vergoeden wij dan 75% van het afgesproken tarief. Wij hebben met fysiotherapeuten een tarief van € 28,50 afgesproken. U krijgt vergoed: 75% van € 28,50 = € 21,38.

- Wanneer ontvangt u met een Zorgverzekering Natura een vergoeding van 100% van het afgesproken tarief?

Voorbeeld:

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. In Nederland komt u op een onacceptabel lange wachtlijst te staan. Er is voor u niet binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons voor het buitenland. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar wij hebben geen zorgovereenkomst met de zorgverlener die u behandelt. Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland. Het afgesproken tarief is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naartoe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het afgesproken tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

- Wanneer ontvangt u met een aanvullende verzekering een vergoeding van het gedeclareerde tarief tot een maximum bedrag?

Voorbeeld:

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden. Wij hebben met alternatieve zorgverleners geen zorgovereenkomsten. Alternatieve zorgverleners mogen zelf bepalen wat een behandeling kost. Er is dus voor alternatieve zorg ook geen vast, wettelijk tarief en bovendien is het marktconforme tarief niet of nauwelijks vast te stellen. U krijgt daarom maximaal het gedeclareerde tarief vergoed. Hebt u een aanvullende verzekering waarin bijvoorbeeld maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed, dan krijgt u € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet hebt opgebruikt).

A.20.2.3. Vervallen

A.20.3. PGB (Persoons Gebonden Budget)

De bepalingen in artikel A.20.2. over tarieven zijn niet van toepassing op wijkverpleging (artikel B.26.) als die zorg betaald wordt met een Persoons Gebonden Budget (PGB) volgens het Reglement PGB Verpleging & Verzorging.

A.19.4. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Als wij aan de zorgverlener meer betalen dan wij volgens uw verzekering(en) zouden moeten vergoeden, dan gaan wij ervan uit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgverlener hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op zorg of op minder zorg of voor een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een (wettelijke) eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een (wettelijke) maximumvergoeding geldt.

A.19.5. Controle van originele rekening

Als u rekeningen via internet hebt ingestuurd, moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

A.19.6. Volgorde van vergoeding

Rekeningen worden afgehandeld op volgorde van ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van rekeningen hanteren wij een bepaalde volgorde:

- eerst een voorliggende volksverzekering of sociale verzekering zoals de Wlz (of voorheen AWBZ), Jeugdwet of Wmo;
- vervolgens de zorgverzekering;
- dan een collectieve aanvullende verzekering die alleen kan worden gesloten voor de werknemers van het bedrijf dat of de instelling die de collectieve overeenkomst met ons heeft gesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor meerdere, verschillende soorten zorg;
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soort(en) zorg.

Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

A.20. Tarieven

A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig vergoeden. Wij gaan uit van ver-

schillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het (gemiddelde) tarief dat wij in de zorgovereenkomsten met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken voor de betreffende zorg/behandeling.

Hoe hoog het tarief voor de verschillende zorgvormen is, vindt u op onze internetsite.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben, dan kan zich een van de volgende situaties voordoen:

- a. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (als de zorg die u krijgt) dezelfde, gelijke tarieven afgesproken. Dan is dat tarief het afgesproken tarief.
- b. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (dezelfde als de zorg die u krijgt) verschillende tarieven afgesproken. Dan is het gemiddelde van deze tarieven het afgesproken tarief.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd.

3. Marktconforme tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is, als bedoeld in artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Toelichting:

De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. In principe vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voor zover die uitkomen boven dit marktconforme tarief.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat.

De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

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;
- (...)

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.

(...)

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.

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 2.4

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:

(...)

- 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 verslaptte 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;
- (...)

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. het operatief plaatsen en het operatief vervangen 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;
- (...)

27. Schriftelijke informatieverstrekking

Kenmerk
TH/NR-010
Pagina
11 van 28

- 27.1 Wanneer een ziektekostenverzekeraar een schriftelijk informatiepakket aanbiedt aan consumenten over de op de markt aangeboden polissen, dient de verzekeraar daarin ten minste de informatie op te nemen die ingevolge artikelen 6, 13, 15, 17 en 24 op de website vermeldt of vermeld moet worden.
- 27.2 Wanneer een ziektekostenverzekeraar geen website beheert of laat beheren, verstrekt de ziektekostenverzekeraar desgevraagd alle in deze regeling genoemde informatie op schrift aan consumenten.

28. Gebruik term marktconform tarief

De zorgverzekeraar gebruikt het begrip marktconform tarief enkel wanneer hiermee bedoeld wordt de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

29. Typering polissen

- 29.1 De zorgverzekeraar typeert elke polis als naturapolis, combinatiepolis of restitutiepolis.
- 29.2 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'naturapolis' en 'natura' enkel om polissen te beschrijven waarbij de zorgplicht zodanig is vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder a, van de Zorgverzekeringswet.
- 29.3 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' enkel om polissen te beschrijven die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zorgverzekeringswet en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.
- 29.4 De zorgverzekeraar typeert alle polissen die niet onder het tweede lid of het derde lid van dit artikel vallen als 'combinatiepolis', waarbij de zorgverzekeraar aangeeft voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op zorg en voor welke prestaties de verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zvw.