

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B en Menzis Zorgverzekeraar N.V.
en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : , geestelijke gezondheidszorg, hoogte vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 20 Vo. nr.
883/2004, Overeenkomst tussen de EU en de Zwitserse Bondstaat

Zaaknummer : 202101217

Zittingsdatum : 22 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 28 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 januari 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 21 februari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023003312) aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben. Een kopie hiervan is op 21 februari 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben bij e-mailbericht van 23 februari 2023 respectievelijk telefonisch op 28 februari 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 27 maart 2023 de uitkomst van de tarifiering meegedeeld. Een afschrift hiervan is op 29 maart 2023 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is in verband met depressieve klachten en angstgevoelens, waarbij zij suïcidale gedachten had, opgenomen in de Clinique des Alps (hierna: CLA) te Montreux (Zwitserland). De kosten van deze opname beliepen 167.143 CHF. Deze kosten heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.

- 3.3. Bij brief van 20 januari 2021 heeft de behandelend psychiater van CLA over verzoekster verklaard:

"(...) The patient is suffering from recurrent depression and anxiety for several years. She did a suicide attempt (more a call for help) at age 17. She is under the care of the psychiatrist, Dr. Rachid in Geneva. Several medications were tried SSRI and Xanax, that she became dependent on. All these meds were stopped, and guetiapine 25 MG was introduced for anxiety to be able to let her receive daily sessions (5 times a week) of sismotherapy and Transcranial Magnetic Stimulation that the patient says has had little or no effect. She had a crisis of derealization during the holidays and was briefly hospitalized at HUG in the psych ER. Anxiety was posed as a diagnosis and she was discharged the next day. She and her parents insist that this was not at all a suicide attempt or "call for help", anxiety was the principal symptom with derealization. The situation is no longer tolerable at home for the parents, the mother taking care of her daughter 24/7 practically as a nurse was showing signs of exhaustion and burn out. Immediate emergency in-patient treatment was necessary, which is the reason that Dr. Rachid referred the patient to our unit.

Clinical Observation and Mental Status:

I meet the patient at CLA with her stepfather, (...). Her biological mother (...). They are very collaborative, and the patient seems relieved to be able to consider CLA as an in-patient unit for more intensive care than at home. Her mother also exclaims that she is tired of having to continually be present for her daughter and needs professionals to intervene on a more regular basis. The patient appears her age, she is adequately dressed and enters rapidly into conversation. She complains of symptoms of depression: tearfulness, trouble sleeping, irritability and strong anxiety. No dark thoughts or suicidality. She is very respectful of clinical setting and motivated to start therapy to change her life. She is calm and does not show any signs of personality disorder or phenomena of mental automatism. She does complain of feelings of intense and disturbing derealization, but they appear neurotic and related to anxiety.

Diagnosis CIM -10:

General anxiety disorder with panic attacks

Suspicion of recurrent depressive disorder, current episode severe Suspicion of traumatic events in her past (PTSD) (...)

Evolution during the first week and a half:

The patient's anxiety stabilized for a few days only to increase because she said that the quetiapine, she was taking helped as small doses, 25 MG, for her panic attacks but that the higher doses for the general anxiety and mood stabilizing properties only made her drowsy and worse. Strong doses of a medicinal plant, St-John's Wort (Hypericum perforatum L.) 600 MG were also introduced because of the patient's wish to avoid conventional SSRI antidepressants and the associated side effects. This weekend, we installed Abilify (aripiprazole) 10 MG in the morning hoping the absence of sedative effects would be a plus to stimulate her mood and calm the general anxiety. Unfortunately, the side effect of insomnia was highly intense, and I had to intervene on an emergency basis Sunday to replace it with Rexulti (brexpiprazole) 1 MG that was much better tolerated and that I increased to

2 MG Tuesday. Thanks this and to intensified nursing and therapy sessions, the patient is slowly getting better, but we will need more time to evaluate. Furthermore, she is now showing a new symptom of strong feelings of guilt and I may have to introduce a conventional antidepressant for this with additional time needed for observation of efficacy.

Conclusion:

It is for these preceding medical reasons that I request the patient's medical Insurance to cover two additional weeks of emergency intensive mental care beyond the prefixed discharge date of this Sunday, the 24th of January.

In summary, the need for more time for evaluation of medication efficacy, intensified psychotherapeutic sessions and nursing care to avoid a relapse of the urgent symptomatology that the patient presented upon admission and to contain an eventual severe depressive reaction to the new medication or other events that could lead to a hetero-aggressive gesture that would be difficult to avoid if the patient were in an outpatient setting without continual monitoring of her mental state necessitate that she remains under our care for a maximum of two more weeks."

- 3.4. Bij brief van 14 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed tot 75% van de kosten, met een maximum van € 18.567,94.
- 3.5. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld, wat ertoe heeft geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een tarifieringsverzoek in te dienen bij het Zwitserse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. Omdat de uitkomst hiervan nog enige tijd op zich zou laten wachten, heeft verzoekster de kwestie in het kader van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voorgelegd aan de commissie.
- 3.7. Bij brief van 21 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten alsnog volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 18.567,94 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. De moeder van verzoekster heeft op 21 januari 2021 contact opgenomen met de ANWB Alarmcentrale, nadat verzoekster een suïcidepoging had gedaan en met een ambulance naar het ziekenhuis was gebracht. De ANWB Alarmcentrale garandeerde haar volledige dekking van de behandeling, inclusief het noodzakelijke verblijf in een psychiatrische kliniek. Volgend op de ziekenhuisbehandeling is verzoekster met spoed opgenomen in CLA. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van dit verblijf maar gedeeltelijk. Ook de behandeling in het ziekenhuis en het vervoer per ambulance blijken niet door de ziektekostenverzekeraar te zijn betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft, door grote delen van de behandeling niet te vergoeden, gezondheidsschade veroorzaakt bij verzoekster en haar ouders. Verzoekster merkt verder op dat zij de EHC pas vier maanden na het incident van de ziektekostenverzekeraar ontving. Zij heeft daarom alle kosten moeten voorschieten. Dit geld heeft zij echter hard nodig om haar studie te kunnen bekostigen.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster ter zake van de behandeling in CLA geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 18.567,94. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat dit het bedrag is dat ten laste van de zorgverzekering zou zijn vergoed als

verzoekster in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. De ziektekostenverzekeraar heeft niet het tarief voor spoedeisende zorg betaald, omdat de zorg in CLA is beoordeeld als niet-spoedeisend. Op 29 december 2020 heeft de ANWB Alarmcentrale een dossier opgestart naar aanleiding van een hulpverzoek ten behoeve van verzoekster. Gebleken is dat verzoekster op 2 januari 2021 met een ambulance is vervoerd naar het HUG (een regulier ziekenhuis in Zwitserland) in verband met een psychische crisis waarvoor zij ambulante is behandeld, en waarbij zij dezelfde dag weer naar huis mocht. De kosten van de ambulance en de ambulante behandeling in het HUG zijn door de ziektekostenverzekeraar volledig vergoed. Op 4 januari 2021 heeft de moeder van verzoekster toestemming gevraagd voor opname in privékliniek Kusnacht. Op 9 januari 2021 heeft zij dit verzoek gewijzigd in een verzoek voor toestemming voor opname in privékliniek CLA. Zonder garantstelling voor de kosten door de ANWB Alarmcentrale en/of voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is verzoekster daar opgenomen geweest van 11 januari 2021 tot en met 5 februari 2021.

- 5.2. Op 11 januari 2021 heeft de ANWB Alarmcentrale het dossier gesloten en verzoekster geadviseerd een aanvraag voor niet-spoedeisende zorg bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 14 januari 2021 en heeft geleid tot de vergoeding van € 18.567,94. De reden dat is geoordeeld dat geen sprake was van spoed, is gebaseerd op het volgende:
- er is geen overdrachtsdocument van het HUG dat overplaatsing/doorbehandeling ondersteunt;
 - de behandelduur in het HUG suggereert geen intensieve behandeling, en ontslag vindt alleen plaats indien de patiënt gestabiliseerd is;
 - plaatsing in CLA is niet aansluitend geweest (negen dagen interval);
 - het feit dat verzoekster uit twee klinieken de keuze heeft gemaakt voor CLA ondersteunt het niet-spoedeisende karakter. Bij spoedeisende zorg heeft de patiënt onmiddellijk zorg nodig en is er geen ruimte voor afweging tussen verschillende keuzemogelijkheden;
 - de ANWB Alarmcentrale heeft een brief en programma overzicht ontvangen van privékliniek Kusnacht. Dit programma past niet bij een acute opname voor het stabiliseren van een acute diagnose. Dit geldt eveneens voor de informatie die later is ontvangen van de privékliniek CLA;
 - het programma van CLA kent een repetitief karakter. Dit duidt erop dat de patiënt niet in crisis is binnengekomen. Dan zou week één van de behandeling namelijk duidelijk anders zijn geweest dan week drie;
 - in de GMAP (Generalistische Module Acute Psychiatrie) staat het vervolg/de vervolgbehandeling beschreven in het geval een persoon in crisis is met (vermoeden van) acute psychische stoornis. Hieruit valt op te maken dat medicatie één van de pijlers is in het stabiliseren van de patiënt. Niet duidelijk is of en welke medicatie aan verzoekster is voorgeschreven. De medische inschatting van de 'Directeur Médical' van CLA dat verzoekster "was urgently hospitalized at Clinic les Alpes from 11.01.2021 until the 05.02.2021" is dan ook onnavolgbaar.
- 5.3. Naar aanleiding van een vraag hiertoe van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten in Zwitserland een tarifieringsverzoek in te dienen. De uitkomst hiervan is dat verzoekster ook in Zwitserland geen aanspraak had op de zorg.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In de brief van 21 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 24 januari 2023 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoekster en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.

Het geschil gaat over gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg met opname in de Clinique des Alps in Zwitserland in 2021. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Het geschil betreft de vraag of sprake is van spoedeisende zorg. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/

of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Verweerder heeft immers de kosten van de zorg vergoed tot het bedrag dat zou zijn vergoed bij zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg alsmede die uit de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en 987/2009 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

- 8.2. Tussen de EU en de Zwitserse Bondsstaat bestaat een overeenkomst op basis waarvan Verordening (EG) nr. 883/2004 van overeenkomstige toepassing is. De vraag die in dat kader allereerst dient te worden beantwoord, is of sprake was van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 van de verordening, dan wel zorg die planbaar was en waarvoor toestemming moest worden gevraagd, als bedoeld in artikel 20 van de verordening. In dit geval betreft het noodzakelijke zorg tijdens het verblijf in Zwitserland. Op grond van artikel 19 van de verordening heeft een verzekerde recht op vergoeding van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een andere EU-lidstaat - of Zwitserland - op grond van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. Hiervoor kan de European Health Insurance Card (EHIC) worden getoond. Als de EHIC niet wordt getoond óf als deze door de buitenlandse zorgaanbieder wordt geweigerd, en hierdoor kosten voor rekening van de verzekerde blijven, bepalen de artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009 welke mogelijkheden tot vergoeding er in dat geval zijn.
- 8.3. Naar de commissie begrijpt, zijn de ambulante behandeling in het HUG en het ambulancevervoer daar naartoe via het Zwitserse uitvoeringsorgaan gedeclareerd, en zijn in verband hiermee geen kosten voor rekening van verzoekster gebleven, althans is dat niet aannemelijk gemaakt en ook niet gebleken. anders is dit voor de opname in CLA. Uit de stukken blijkt dat verzoekster destijds niet beschikte over een EHIC.. Verzoekster heeft de kosten van de opname voor haar rekening genomen en deze voorgeschoten kosten vervolgens gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Laatstgenoemde is inmiddels, conform artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009, overgegaan tot het indienen van een tarifieringsverzoek. Op 27 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de uitkomst hiervan meegedeeld. De uitkomst wordt bepaald door de Zwitserse wetgeving en de beoordeling door het Zwitserse uitvoeringsorgaan, en valt daarmee buiten de reikwijdte van het onderhavige geschil. Waar het gaat om de vergoeding ten laste van de zorgverzekering geldt het volgende.
- 8.4. In 2021 werd in de GGZ nog gewerkt met verrichtingencodes. De ziektekostenverzekeraar heeft aan de hand van de nota's twee verrichtingencodes bepaald, zo blijkt uit zijn brief aan verzoekster van 14 april 2021. Het gaat om de code 09/25B024 met als omschrijving "Gespecialiseerde GGZ, hoofddiagnose depressie, bestede tijd vanaf 6000 tot en met 11999 minuten" met

een totaalbedrag van € 18.374,78 en 26 maal de code 09/25B050 met als omschrijving "Verblijfsdag GGZ, klasse C (matige verzorging)" met een totaalbedrag van € 6.382,22. Hiervan is 75% vergoed, zodat wordt uitgekomen op een bedrag van € 18.567,94. De juistheid van de gehanteerde verrichtingencodes is door verzoekster niet bestreden en ook overigens ziet de commissie geen aanleiding hieraan te twijfelen. Op pagina 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, een restitutiekorting van 25% van toepassing is. Dit is slechts anders, indien sprake is spoedeisende zorg. Die situatie is bij verzoekster niet aan de orde. De behandeling in het ziekenhuis eindigde op 2 januari 2021 en de opname in CLA volgde pas op 11 januari 2021. Door de ziektekostenverzekeraar zijn daarnaast nog verschillende andere argumenten aangevoerd waaruit het niet-spoedeisende karakter van de opname in CLA blijkt. Deze argumenten zijn door verzoekster niet, althans onvoldoende gemotiveerd bestreden. Door verzoekster zijn evenmin feiten of omstandigheden gesteld, die tot de conclusie zouden kunnen voeren dat wel sprake was van een spoedeisend karakter van de opname. Dit alles leidt tot de conclusie dat verzoekster ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 18.567,94.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. De vergoeding bedraagt het verschil tussen het bedrag dat in rekening wordt gebracht en het bedrag dat ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. In de voorwaarden is bepaald dat zorg spoedeisend is als sprake is van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet te voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn. Zoals hiervoor al is overwogen zat ruim een week tussen de ziekenhuisbehandeling en de opname in CLA. Uit het feit dat het ziekenhuis tot ontslag besloot in combinatie met dit tijdsverloop kan worden geconcludeerd dat verzoekster in staat was en de mogelijkheid had naar Nederland terug te keren. Daarmee is niet voldaan aan de voorwaarde voor spoedeisende zorg als bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op een aanvulling van de vergoeding tot de daadwerkelijke kosten van de opname ten laste van deze verzekering.
- 8.6. Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst. Mocht tarifiering evenwel leiden tot een hogere vergoeding dan € 18.567,94, dan heeft verzoekster aanspraak op aanvulling van de reeds verleende vergoeding tot dit hogere bedrag.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 maart 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Menzis geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. U kunt voor meer informatie bellen met Menzis op 088 222 40 40.

Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455

555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

Extra informatie

U kunt extra informatie over zorg in het buitenland vinden op menzis.nl/buitenland.

Audiologische hulp

Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum. Menzis heeft audiologische centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'audiologische hulp' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts).

Extra informatie

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze vindt u op menzis.nl.

Diëtiek

Diëtiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een geneeskundig doel. Een diëtist is de aangewezen deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op maximaal 3 behandeluren diëtiek met een geneeskundig doel over voeding en eetgewoonten. Een behandeluur bestaat uit de geplande tijd die de diëtist met u in gesprek is en de gemiddelde tijd die nodig is voor de werkzaamheden rondom het consult (bijvoorbeeld informatie opzoeken, een dieetadvies op papier zetten of een rapportage aan de arts maken).

- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid,
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers,
- spreken in het openbaar

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen logopedist. Sommige logopedisten hebben voor specifieke klachten een aantekening. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan:

- stottertherapie: behandeling voor stotteren waarvan de ernst zodanig is dat het vloeiend verloop van de spraak duidelijk wordt belemmerd,
- afasietherapie: behandeling voor taal- en spraakgebrek ten gevolge van hersenletsel,
- preverbale logopedie: de behandeling van eet- en drinkproblemen en/of slikstoornissen bij jonge kinderen,
- Hänen Ouderprogramma: stap voor stap ondersteunen van de ouders op een praktische wijze bij het verbeteren van de communicatie met en het stimuleren van de spraaktaalontwikkeling van hun kind bij taalproblemen. Het Hänen Ouderprogramma is niet voor alle taalproblemen de aangewezen hulpvorm. Daarom is uitgebreid logopedisch onderzoek en een gesprek vooraf altijd nodig.
- groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren.

Wij raden u aan om aan uw logopedist te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici staat. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De logopedisten die een specifieke aantekening hebben, kunt u vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Deze kunt u vinden op nvlf.nl. Menzis heeft logopedisten gecontracteerd. U kunt uit deze logopedisten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat,
- als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt,
- als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt, behandeling aan huis uitgezonderd.

Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Menzis. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Menzis vragen.

Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste

medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op :

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum,
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing thuis.

i Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4^e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

i Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,

- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

Let op

Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.

- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- Als het om tuberculose gaat, mag ook de GGD-arts verwijzen naar de medisch specialist.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.
- Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig.

Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese.**

Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op zn.nl

2. Overig

Op deze behandeling heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis: klinische longrevalidatie.

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft. Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruikgemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvloeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, ZBC en ziekenhuis, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

Welke zorg

U heeft recht op haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale

preventie bij een reis naar het buitenland. De vergoeding is tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor consulten, inentingen, geneesmiddelen en (herhalings)recepten worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 100	€ 100	€ 100	€ 150

U heeft recht op deze vergoeding als:

- het consult plaatsvindt bij een door Menzis erkende arts,
- de geneesmiddelen zijn voorgeschreven of de inenting wordt toegediend door een door Menzis erkende arts. Welke artsen dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder,
- het geneesmiddel geleverd wordt door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

Spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland

U krijgt spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 250	€ 250	€ 250	€ 250

U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:

- er sprake is van pijnklachten waardoor tandheelkundige zorg snel nodig is en niet uitgesteld kan worden tot u weer in Nederland bent,
- het niet te voorzien was dat deze tandheelkundige zorg nodig zou zijn. Een vulling, implantaat of een kroon zijn voorbeelden van behandelingen die te voorzien zijn.

Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

Zorg is spoedeisend als er sprake is van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet te voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn.

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja

U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:

- er sprake is van een situatie waarin zorg en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeer naar Nederland niet meer mogelijk is,
- het niet te voorzien was dat deze zorg en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn,
- direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van Menzis bij opname in een instelling,
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,
- u een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de

werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en

- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorbeeld

U breekt een been in de Verenigde Staten en heeft direct medische zorg nodig. Voor de behandeling ontvangt u een nota ter hoogte van € 3.000. In Nederland zou dat € 2.000 hebben gekost. Dat bedrag krijgt u dan uit de Basisverzekering vergoed. De aanvullende verzekering vergoedt dan de resterende € 1.000.

Alarmcentrale +31 317 455 555

Reddingskosten zijn kosten die worden gemaakt voor opsporing, redding of berging. Wilt u een vergoeding voor reddingskosten? Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk hiervoor op menzis.nl/reisverzekering.

Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden

Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en het noodzakelijk is dat u voor (verdere) behandeling naar Nederland terug moet keren.

U krijgt vervoer vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland vergoed.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de medische noodzaak door de Alarmcentrale van Menzis is bepaald en zij ook het vervoer regelt.

i Let op

- Als de Alarmcentrale bepaalt dat begeleiding door een reisgenoot noodzakelijk is, dan worden die kosten ook vergoed.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt het stoffelijk overschot vervoerd van de plaats van overlijden naar Nederland.
- Wilt u ook een vergoeding voor vervoerskosten als er geen medische noodzaak is? Bijvoorbeeld als u tijdens de (wintersport) vakantie uw arm breekt en wilt terugkeren naar Nederland. Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op menzis.nl/reisverzekering.

Camouflagetherapie en camouflagemiddelen

Camouflagetherapie is bedoeld om mensen met een ernstige huidafwijking of littekens in het gezicht of hals, te leren hoe deze huidafwijking het beste gecamoufleerd kan worden met camouflagemiddelen.

Camouflagemiddelen zijn producten die gebruikt worden om ernstige huidafwijkingen of littekens in het

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.