

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : EU/EER, België, interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, zorghotel, Wlz
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4, 2.5c en 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, Vo.nr. 883/2004
Zaaknummer : 202002382
Zittingsdatum : 25 oktober 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 30 mei 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 24 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 20 juli 2021 verzocht om uitstel van de reactietermijn. Op 22 juli 2021 heeft de commissie het gevraagde uitstel van één maand verleend.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 september 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 4 oktober 2021 respectievelijk 5 oktober 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.5. Op 14 januari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) zaaknummer: 2021036370) per brief aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 januari 2022 aan partijen gestuurd. Zij zijn in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen schriftelijk te reageren op voornoemd advies.
- 2.6. Verzoeker heeft verzocht om uitstel voor zijn inhoudelijke reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut. De commissie heeft dit uitstel verleend. Verzoeker heeft op 29 mei 2022, 8 juni 2022 en 9 juni 2022 gereageerd op voornoemd advies. Kopieën van de aanvullende informatie zijn naar de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij deze de mogelijkheid heeft gekregen hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 juni 2022 gereageerd. Een kopie hiervan is aan verzoeker gestuurd.
- 2.7. De nagekomen stukken zijn op 11 juli 2022 in afschrift aan het Zorginstituut gestuurd. Op 1 september 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie een aanvullend advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 september 2022 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen schriftelijk te reageren op dit stuk.
- 2.8. Verzoeker heeft verzocht om uitstel voor zijn inhoudelijke reactie op het aanvullend advies van het Zorginstituut. De commissie heeft dit uitstel verleend. Verzoeker heeft op 22 september 2022 gereageerd op voornoemd advies. Een kopie van zijn reactie is ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 2.9. Naar aanleiding van de behandeling van de zaak op basis van stukken, heeft de commissie bij verzoeker geïnformeerd of - zoals door het zorgkantoor was gesuggereerd - een aanvraag tot vergoeding in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) werd gedaan bij de afdeling Wlz-buitenland van de ziektekostenverzekeraar, en zo nee, of verzoeker ermee kon instemmen dat de commissie hierover contact zou opnemen. Bij e-mailbericht van 8 maart 2023 heeft verzoeker geantwoord dat geen aanvraag was gedaan en dat hij ermee akkoord ging dat de commissie contact opnam met de afdeling Wlz-buitenland van de ziektekostenverzekeraar.
- 2.10. De commissie heeft vervolgens verzocht de aanvraag te laten beoordelen door de afdeling Wlz-buitenland van de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 4 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat hij geen afdeling Wlz-buitenland heeft, dat de ziektekostenverzekeraar geen inzage heeft in de Wlz-indicatie van verzoeker, en dat de beoordeling ligt bij het zorgkantoor. Wel was de ziektekostenverzekeraar bereid de zaak nogmaals te beoordelen in het kader van de Zorgverzekeringswet.
- 2.11. Bij brief van 1 juni 2023 heeft het Wlz-uitvoeringsorgaan de commissie meegedeeld dat de reactie van de ziektekostenverzekeraar niet juist was, in die zin dat de Wlz-zorg in het buitenland niet is gemandateerd aan het zorgkantoor en dat de beoordeling van aanvragen in dat kader geschiedt door het Wlz-uitvoeringsorgaan, een aparte rechtspersoon binnen het concern van de ziektekostenverzekeraar. De situatie van verzoeker is beoordeeld, en de uitkomst hiervan is dat de onderhavige zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt. Hierbij heeft het Wlz-uitvoeringsorgaan verwezen naar de artikelen 3.3.5 Wlz jo. 3.7.1, eerste lid, Besluit langdurige zorg (Blz).
- 2.12. Afschriften van de correspondentie zijn aan verzoeker gestuurd, waarbij hem de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Nadat door hem uitstel was gevraagd en verkregen, heeft verzoeker bij brief van 31 augustus 2023 zijn reactie aan de commissie gestuurd.
- 2.13. De commissie heeft partijen bij brief van 4 oktober 2023 uitgenodigd voor deelname aan een hoorzitting. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord, waarbij aan hen is duidelijk gemaakt dat de beslissing wordt genomen door drie leden. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd en waarvan ook het derde commissielid heeft kennis genomen. In de begeleidende brief heeft de commissie aan partijen meegedeeld dat het verweer betreffende de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk', en de doelmatigheid, die de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting voor het eerst naar voren heeft gebracht, te laat zijn in de procedure is gebracht. Om die reden worden voornoemd verweer niet toegelaten, en blijft dit dus buiten de procedure.
- 2.14. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 9 november 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het aanvullend advies van 1 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 12 december 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Verzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Tijdens zijn verblijf op Gran Canaria, heeft verzoeker op 8 december 2019 een aneurysma gehad. Hij raakte in coma en is opgenomen op de IC. Vervolgens is hij in een kunstmatige coma

gehouden. Bij verzoeker zijn een tracheostoma en een PEG-sonde geplaatst. Op 15 februari 2020 is hij overgevoerd naar Nederland. Verzoeker is toen opgenomen in het Ter Gooi Ziekenhuis. Aansluitend heeft van 27 februari 2020 tot en met 24 juli 2020 behandeling plaatsgevonden in revalidatiekliniek Amaris Gooizicht in Hilversum. Tijdens zijn opname aldaar kreeg hij te maken met decubitus en besmetting met Corona. Door het CIZ is met ingang van 2 juni 2020 een indicatie (VV08) gesteld voor 24-uurszorg met opname in een verpleeghuis, ten laste van de Wlz. Op 1 september 2020 heeft verzoeker zich gewend tot TrainM te Antwerpen, België, om daar te revalideren. Tijdens de behandeling, die is gestart op 7 september 2020, is hij ter plaatse in een zorghotel verbleven.

Zijn verzoek de kosten te vergoeden ten laste van de Wlz werd door het zorgkantoor afgewezen, omdat alleen aanspraak bestaat op zorg in natura en geen vergoeding van zorg door buitenlandse aanbieders kan plaatsvinden.

Verzoeker woont inmiddels niet meer in het verpleeghuis, maar thuis, met ondersteuning door familie en de thuiszorg.

- 3.3. De behandelend specialist ouderengeneeskunde heeft op 28 augustus 2020 per brief over verzoeker verklaard:

"Bovengenoemde patiënt was opgenomen van 27-2-2020 tot heden op verschillende afdelingen binnen verpleeghuis Amaris Gooizicht. Ten gevolge van het doormaken van een COVID-19 infectie is patiënt op meerdere afdelingen opgenomen geweest.

Op verzoek verstuur ik deze verwijfsbrief voor poliklinische revalidatie bij TRAINM Neuro Rehab Clinic in Antwerpen.

Reden van opname:

SAB dd. 8-12 obv aneurysma a. comm anterior links. Aanvankelijk opname Gran Canaria: Embolisatie niet gelukt, craniotomie waarbij clipping aneurysma en drain, later verwijderd (spontaan, geen indicatie voor terugplaatsing). Epilepsie wv levetiracetam (later niet meer). Ischemie bifrontaal. Beademing nodig gehad, langdurig IC opname. Ook bij repatriëring aanvankelijk IC opname. Tracheostoma op 21-2 opgeheven.

Medisch beloop:

Patiënt is vooruitgegaan, maar heeft nog complete ADL zorg nodig. Het eten is zelfstandig, de PEG sonde is verwijderd. Patiënt is rolstoelafhankelijk.

De revalidatie verliep traag, mede door het doormaken van een COVID-19 besmetting. Ook op de verblijfsafdeling de Eik, waar dhr. nu verblijft is er progressie geconstateerd."

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 september 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de behandeling bij TrainM niet worden vergoed.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 10 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 14 januari 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 1 september 2022 heeft het Zorginstituut een aanvullend advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 28 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

4.1. Verzoeker vordert primair vergoeding van de kosten van de behandeling bij TrainM te Antwerpen als zijnde medisch specialistische revalidatie en van het verblijf in het zorghotel aldaar. Secundair vordert hij vergoeding van fysiotherapie.

4.2. In dat verband stelt hij dat ten tijde van de revalidatiebehandeling in Nederland reeds na tien dagen werd geconcludeerd dat geen vooruitgang kon worden verwacht. De artsen in Spanje schatten dit anders in en ook bij TrainM zag men mogelijkheden. Verzoeker is afgegaan op het oordeel van de medisch specialisten. Hij kan nu weer zelfstandig zitten en iets van de grond oppakken. Ook kan hij een T-shirt aan- of uittrekken. Verdere verbetering is mogelijk, en hiervoor is behandeling gedurende 120 dagen noodzakelijk. Volgens verzoeker moet hem die mogelijkheid worden geboden zolang de hoop en de ruimte tot verbetering door revalidatie er is. In dat verband verklaart hij dat de behandeling effectief is, en daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op grond van artikel 13 Zvw staat het hem vrij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, ook in het buitenland. Dit is de 'werelddekking' van de zorgverzekering. Hij merkt op dat de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder - De Hoogstraat - de noodzakelijke zorg niet op het vereiste niveau kon bieden. Om die reden moest hij wel naar België uitwijken. Verzoeker verwijst verder naar artikel 2.4 Bzv, waarin de inhoud en omvang van de zorg wordt ingekaderd. Het kan volgens hem niet zo zijn dat verzekerde zorg van vergoeding wordt uitgesloten door zorgaanbieders, die deze zorg kunnen leveren, in de verzekeringsvoorwaarden categorisch uit te sluiten. Verzoeker verwijst naar bijlage 1 Bzv en merkt op dat zijn aandoening hierin als chronische aandoening is opgenomen. Verzoeker concludeert dat de kosten van de behandeling bij TrainM moeten worden vergoed op basis van het marktconforme tarief dat hoort bij zorgproductcode 990027159, terwijl hij daarnaast nog aanspraak heeft op 32 behandelingen fysiotherapie uit hoofde van de aanvullende ziektekostenverzekering. De behandeling bij TrainM is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) goedgekeurd.

4.3. Verzoeker heeft op 29 mei 2022, naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut, aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Op 8 juni 2022 heeft hij de commissie meegedeeld dat het zorgkantoor niet inhoudelijk heeft gereageerd op zijn verzoek om een standpunt in te nemen over de vraag of de onderhavige zorg valt onder de Wlz of de zorgverzekering. Verzoeker vraagt de commissie op basis van de bekende informatie een knoop door te hakken. Op 9 juni 2022 heeft verzoeker opnieuw aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Dit betreft een ongedateerd e-mailbericht van een adviseur van het Juiste Loket, dat via een advocaat en een andere zorgverzekeraar bij verzoeker is gekomen. In dit e-mailbericht is het volgende vermeld:

"Als je op vakantie zorg in natura nodig hebt, dan kun je dat krijgen in de lidstaat waar je op vakantie bent. Die lidstaat verleent de zorg op basis van hun nationale pakket. Veel lidstaten maken voor zorg in natura echter niet het onderscheid in langdurige zorg of cure (Zvw-zorg), zoals wij dat in NL kennen. Dat betekent dat dit stukje - zorg in natura - in het EU deel veelal via de Zvw, loopt, dus via de zorgverzekeraar, [de info klopt]

Die groene zin geeft aan dat de zorgverzekeraar dit moet vergoeden, dat heb ik voor de zekerheid nog bij VWS nagevraagd waarop ik deze reactie heb ontvangen:

Het is inderdaad de zorgverzekeraar die moet vergoeden, dit staat onduidelijk op de website van Zorginstituut maar ze hebben beloofd dat aan te passen.

Concreet: als je een Wlz-indicatie hebt en bijvoorbeeld verzekerd bent bij ONVZ, die geen Wlz-uitvoerder is, dan moet je bij ONVZ zijn voor vergoeding van zorg in het buitenland. Het is wel goed om te realiseren dat het gaat om zorg die in het verzekerd pakket van dat andere land is

opgenomen, waardoor het niet precies de zorg hoeft te zijn die in Nederland onder de Wlz valt. Vaak zal dat gaan om verpleging en verzorging."

- 4.4. In zijn brief van 22 september 2022 heeft verzoeker aangevoerd dat uit de stukken blijkt dat sprake is van algemene, paramedische zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt. De zorgaanbieder is, zoals ook door het Zorginstituut is opgemerkt, niet gericht op de Wlz-doelgroep en de aan de zorgaanbieder verbonden behandelaren beschikken niet over de noodzakelijke, specifieke deskundigheid om Wlz-zorg te verlenen. Gelet op Bijlage 1 Bzv valt de indicatie van verzoeker onder de zorgverzekering.
- De voorwaarde van de ziektekostenverzekeraar - dat de betreffende behandelaren ingeschreven zouden moeten zijn in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het register Keurmerk Fysiotherapie - zijn volgens verzoeker onredelijk bezwarend. Hij verwijst hiervoor naar artikel 13 Zvw, waarin de keuzemogelijkheid voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is opgenomen, naar de 'werelddekking' van de zorgverzekering, en naar de EU-richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, die beoogt te waarborgen dat patiënten hun zorg over de grens kunnen afnemen. Ook tekent hij aan dat in de beide registers disproportioneel veel Nederlandse zorgaanbieders zullen zijn opgenomen.
- 4.5. In zijn brief van 31 augustus 2023 constateert verzoeker, onder verwijzing naar de stukken van het Zorginstituut, dat de vraag of sprake is van specialistische paramedische zorg nog steeds niet is beantwoord door de ziektekostenverzekeraar. Naar zijn oordeel luidt het antwoord echter ontkennend. Verzoeker wijst erop dat de behandeling was gericht op herstel en verbetering, hetgeen past binnen het kader van de Zvw, en niet op het draaglijk maken van de status quo, wat een Wlz-doel is. Volgens verzoeker is in België min of meer een andere weg ingeslagen en moet de behandeling aldaar los worden gezien van die in Nederland. Verzoeker concludeert dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde afwijsgonden ertoe leiden dat een verzekerde er nooit voor kan kiezen planbare zorg in het buitenland te ondergaan. Onder aanhaling van jurisprudentie van het Europese Hof stelt hij dat dit discriminatoir en in strijd met het vrije verkeer van diensten is. Eerder werd al gewezen op het onredelijk bezwarende karakter van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen kwaliteitseisen.
- Verzoeker meent dat de kosten moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Zou de commissie toch oordelen dat het hier Wlz-zorg betreft, dan blijkt uit de verklaring van de behandelend arts van 23 februari 2021 dat de noodzakelijke zorg niet in Nederland kon worden geleverd, zodat de in de brief van 1 juni 2023 opgenomen afwijsground niet kan worden gehandhaafd.
- Volgens verzoeker is het, gezien het tijdsverloop, de ondoorzichtige wet- en regelgeving, en het langs elkaar heen werken van de diverse betrokken instanties inmiddels aangewezen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten uit coulance vergoedt.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, nog verklaard dat hij primair vergoeding van medisch specialistische revalidatie vordert. Hij heeft echter in het advies van het Zorginstituut gelezen dat dit niet aan de orde is. Daarom is subsidiair de vraag of de betreffende behandelingen zijn aan te merken als algemene paramedische zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen, omdat niet is voldaan aan de registratie-eisen. Dit zou echter betekenen dat fysiotherapie in het buitenland nooit wordt vergoed.
- In reactie op het verweer, betreffende de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk' en doelmatigheid, die de ziektekostenverzekeraar ter zitting voor het eerst naar voren heeft gebracht, heeft verzoeker aangevoerd dat dit verweer door de ziektekostenverzekeraar te laat is gevoerd. De procedure loopt inmiddels drie jaren en een en ander kan nu niet alsnog worden ingebracht.
- 4.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat geen vergoeding mogelijk is ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij licht toe dat geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en medisch specialistische revalidatiezorg (MSR) ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. In de situatie van verzoeker is evenwel geen sprake van revalidatie, maar van fysiotherapie met een specialisatie, ergotherapie en logopedie. Aanvankelijk ontving verzoeker GRZ. Hierna werd een Wlz-indicatie gesteld. Het is niet logisch dat vervolgens met MSR wordt gestart. Verzoeker heeft daarbij geen indicatie voor MSR en de hoofdbehandelaar bij TrainM is geen revalidatiearts.
- Aan de voorwaarden voor vergoeding van de paramedische behandelingen ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering is niet voldaan. Zo wordt fysiotherapie vanaf de 21ste behandeling vergoed op grond van de zorgverzekering, doch alleen als er een indicatie is die is vermeld op de bijlage bij het Bzv, en de fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het register Keurmerk Fysiotherapie. De ergotherapeut en logopedist moeten zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Aan deze voorwaarden is niet voldaan. De aanvullende ziektekostenverzekering kent alleen dekking indien de betrokken zorgverlener is gevestigd in Nederland. Hierbij is een uitzondering gemaakt voor spoedeisende zorg. Ook aan deze voorwaarden voldoet verzoeker niet.
- Het consult op 7 oktober 2020 betreft medisch specialistische zorg, waarbij het gaat om electieve zorg. Deze zorg valt wel onder de dekking van de zorgverzekering.
- De ziektekostenverzekeraar merkt verder nog op dat het geschil ook betrekking heeft op de kosten van het verblijf in een zorghotel in België. Hiervoor bestaat noch op grond van de zorgverzekering noch op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering dekking.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 juni 2022 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut en de aanvullende informatie van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat de behandelaars bij TrainM niet voldoen aan de kwaliteitseisen die de ziektekostenverzekeraar stelt in zijn voorwaarden.
- De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat vanuit de Wlz alleen specifieke paramedische zorg kan worden vergoed. Uit het dossier blijkt dat het zorgkantoor geen onderbouwde adviezen aan verzoeker heeft gegeven of standpunten heeft ingenomen. Het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat hij niet kan oordelen of sprake is van specifieke paramedische zorg die ten laste van de Wlz kan komen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat er sterke aanwijzingen zijn dat sprake is van specifieke paramedische zorg, omdat verzoeker een Wlz-indicatie heeft gekregen op basis van het CVA. Bij het indiceren is ook beoordeeld welke zorg verzoeker nodig had (fysiotherapie, ergotherapie en logopedie).
- Ten aanzien van het e-mailbericht van een adviseur van het Juiste Loket merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Volgens deze adviseur loopt de zorg 'veelal' via de Zvw en zou de zorg door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar is evenwel van mening dat deze zorg meestal via de Wlz loopt. Daarnaast kan de conclusie van het Juiste Loket niet van doorslaggevende betekenis zijn, omdat de conclusie onvoldoende is onderbouwd en omdat het niet aan het Juiste Loket is om conclusies te trekken waarop de commissie 'blind' kan varen.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, nog aangevoerd dat hij ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering aanvullende eisen mag stellen aan de fysiotherapeut. Dus ook wat betref de inschrijvingseisen waaraan moet worden voldaan. Voor de zorgverzekering geldt deze eis van inschrijving niet. De ziektekostenverzekeraar blijft verder bij het standpunt dat de Wlz voorliggend is. Naar mate de procedure vorderde, is er steeds meer getrechterd en daarom is het logisch dat hij nu pas kan reageren op de vraag of de zorg ten laste van de Zvw kan worden gebracht. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat geen sprake is van zorg zoals fysiotherapeuten plegen te bieden. Daarnaast voldoet de geleverde zorg niet aan de stand van

de wetenschap en praktijk en is de zorg niet doelmatig. Volgens de ziektekostenverzekeraar behandelen fysiotherapeuten in Nederland maximaal 3 á 4 maal per week. TrainM daarentegen behandelt 120 maal in 12 weken.

- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. Bij brief van 14 januari 2022 heeft het Zorginstituut het volgende opgemerkt:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag in geschil is of de vergoeding van behandeling bij TRAINM met verblijf in een zorghotel ten laste kan komen van de Zvw.

Medisch specialistische revalidatie

In het nog geldende standpunt uit 2015 over Medisch specialistische revalidatie staat beschreven dat de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) interdisciplinaire Medisch-specialistische revalidatie definieert als zorg die wordt uitgeoefend in de tweede lijn door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts en die voldoet aan de eisen zoals vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde (bijlage twee). De interdisciplinaire Medisch-specialistische revalidatie richt zich op patiënten van alle leeftijden en onderscheidt zich door de dynamische setting waarin de revalidatiebehandeling wordt aangeboden, de beschikbaarheid van een breed palet aan specialistische interventies en de intensiteit en resultaatgerichtheid van de behandeling. De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van revalidatiegeneeskundige zorg geleverd door het interdisciplinair team. De revalidatiearts heeft het overzicht over het hele proces en is als zodanig niet gebonden aan een component of domein.

Uit de beschikbare informatie blijkt dat er aan TRAINM geen revalidatiearts verbonden is. Er kan dus geen interdisciplinaire Medische specialistische revalidatiebehandeling uitgevoerd worden die voldoet aan de in/voor Nederland geldende randvoorwaarden. Een fysisch geneeskundige is geen revalidatiearts en bovendien is deze niet betrokken bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan dus niet geconcludeerd worden dat sprake is van MSR.

Fysiotherapie/ergotherapie/logopedie

De therapie van TRAINM kan mogelijk als fysiotherapie worden aangemerkt, omdat een CVA op de chronische lijst van bijlage 1 staat. Het is geen fysiotherapiepraktijk zoals we die in Nederland kennen, maar er lijkt voor een deel vergelijkbare zorg te worden gegeven. De functionele training, manuele therapie en robottherapie voor benen en armen lijken aangemerkt te kunnen worden als fysiotherapie. Verweerder heeft blijkbaar meer inzicht in de daadwerkelijk geboden zorg.

Verweerder schrijft: 'Uit de beschikbare informatie blijkt dat de aangevraagde behandeling niet onder MSR valt. Het betreft fysiotherapie met een specialisatie. Er is geen aanleiding om aan te nemen dat er een indicatie is voor MSZ/MSR. Omdat er bij uw man sprake is van een Wlz indicatie met behandeling, valt de gevraagde zorg vermoedelijk onder de Wlz'.

Het Zorginstituut volgt verweerder dat geen sprake is van MSR. Als het fysiotherapie vanuit de basisverzekering betreft, omdat het CVA op de chronische lijst staat, komen de eerste 20 behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking. Het advies van het Zorginstituut kan, zoals hierboven vermeld, geen betrekking hebben op eventuele vergoeding hiervan uit een aanvullende verzekering.

Paramedische zorg vanuit de Wlz

De SKGZ vraagt bij zijn adviesaanvraag of indien sprake is van enkelvoudige fysiotherapie, logopedie of ergotherapie deze ten laste komt van de Wlz gezien het standpunt paramedische zorg in de Wlz.

In artikel 3.1.1. lid 1 onderdeel c Wlz is de specifieke Wlz-behandeling als aanspraak geregeld. Die behandeling kan o.a. bestaan uit specifieke paramedische zorg. Algemene paramedische zorg is geen verzekerde zorg in de Wlz, ook niet als de verzekerde zowel verblijf als behandeling van dezelfde instelling ontvangt. Artikel 3.1.1. lid 1 onderdeel d ten eerste sluit dat expliciet uit.

Volgens het standpunt is paramedische zorg specifieke paramedische zorg als:

- er specifieke kennis of vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen óf
- als deze niet los is te zien van de integrale zorg.

Paramedische zorg is algemene paramedische zorg als deze los staat van de integrale zorg en als daarvoor geen specifieke kennis of vaardigheden zijn vereist. Algemene paramedische zorg komt niet ten laste van de Wlz. Met andere woorden, als een fysiotherapeut, die geen specifieke deskundigheid heeft van de Wlz-doelgroep, de behandeling kan bieden, dan is de behandeling algemene fysiotherapie, waarop geen aanspraak bestaat vanuit de Wlz.

Het is in eerste instantie aan het zorgkantoor om de vraag te beantwoorden of de zorg die verzoeker heeft ontvangen ten laste kan komen van de Wlz. De Algemene wet bestuursrecht is van toepassing. Als een verzekerde het niet eens is met het besluit van het zorgkantoor kan hij bezwaar maken bij het zorgkantoor. Als het zorgkantoor van plan is om een bezwaar ongegrond te verklaren, dan moet het zorgkantoor het Zorginstituut om advies vragen op grond van artikel 10.3.1 van de Wlz. Tegen een beslissing op bezwaar is beroep mogelijk bij de rechtbank.

Omdat het in het belang van de oplossing van dit geschil relevant is of de zorg die verzekerde in België heeft ontvangen ten laste van de Wlz kan worden vergoed, wil het Zorginstituut wel het volgende opmerken. Uit de beschikbare informatie blijkt dat TRAINM poliklinische zorg biedt als 'neurologisch revalidatiecentrum'. Uit de beschikbare informatie, zoals de website van TRAINM, is niet af te leiden dat deze zorgaanbieder zich (ook) op de Wlz doelgroep richt en dat de hieraan verbonden zorgverleners beschikken over de noodzakelijke specifieke deskundigheid om verzoeker Wlz-zorg te kunnen verlenen.

Paramedische zorg als (onderdeel van) Wlz-behandeling - in Nederland - is slechts mogelijk in natura. Een persoonsgebonden budget kan niet aan Wlz-behandeling worden besteed. Een zorgkantoor kan Wlz-zorg in België inkopen. De betreffende zorgaanbieder is geen gecontracteerde (Wlz-)behandelaar.

Vergoeding van Wlz-zorg in het buitenland is mogelijk als aan de daarvoor gestelde voorwaarden wordt voldaan. Artikel 3.7.1 van het Besluit langdurige zorg is van toepassing. Waarom passende Wlz-zorg - in Nederland - voor verzoeker niet voor handen zou zijn of niet zou volstaan, gezien zijn Wlz-indicatie, is niet duidelijk.

Conclusie

De behandeling bij TRAINM is niet aan te merken als MSR. Als het (algemene) fysiotherapie betreft vanuit de Zvw, komen de eerste 20 behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking. Indien de zorg echter ten laste kan komen van de Wlz, kan deze zorg niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de Zvw. Of sprake is van specifieke fysiotherapie, die ten laste kan komen van de Wlz is niet te beoordelen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De behandeling bij TRAINM valt [is] niet aan te merken als MSR. Als het fysiotherapie betreft vanuit de Zvw, komen de eerste 20 behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking. Of

vergoeding van de zorg ten laste kan komen van de Wlz kan door het Zorginstituut niet worden beantwoord.”

6.2. Bij brief van 1 september 2022 heeft het Zorginstituut het volgende opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

(...)

Zoals in het voorlopig advies blijkt volgt het Zorginstituut het standpunt van verweerder dat geen sprake is van MSR. Als het fysiotherapie (of logopedie, ergotherapie) vanuit de basisverzekering betreft, omdat het CVA op de chronische lijst staat, komen de eerste 20 behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking. Het advies van het Zorginstituut kan, zoals hierboven vermeld, geen betrekking hebben op eventuele vergoeding hiervan uit een aanvullende verzekering. Verweerder geeft aan dat geen sprake is van fysiotherapie nu de behandelaar bij TRAINM niet voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. Het ligt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut om hier over te adviseren.

Voor wat betreft de vergoeding vanuit de Wlz en de ontvangen informatie merkt het Zorginstituut het volgende op. Het Zorginstituut heeft aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangegeven dat de zorgverzekeraar in zijn hoedanigheid als Wlz-uitvoerder gaat over Wlz-zorg in het buitenland. Dit is namelijk niet gemandateerd aan het zorgkantoor. Dit betekent uiteraard niet dat een zorgverzekeraar in die hoedanigheid de kosten moet vergoeden ten laste van de basisverzekering als het gaat om Wlz-zorg in het buitenland. Evenmin heeft het Zorginstituut aangegeven het Wlz-kompas op die manier aan te willen passen.

Wel heeft het Zorginstituut aangegeven dat het wellicht goed zou zijn om het verschil tussen zorgkantoor en Wlz-uitvoerder nader uit te leggen in het Wlz-kompas. Overigens gaat het zorgkantoor wel over pgb in het buitenland, maar dat is hier niet aan de orde.

Zoals aangegeven in het voorlopig advies is de stelling van het zorgkantoor dat kosten niet vanuit de Wlz kunnen worden vergoed omdat zorg in natura niet aan een buitenlandse zorgaanbieder wordt vergoed, onjuist. Bij zorg in het buitenland gaat het meestal om restitutie, er wordt zelden zorg gecontracteerd in het buitenland. Het Zorginstituut wijst hierbij nog op artikel 3.3.5, tweede lid van de Wlz. Een verzekerde heeft buiten Nederland volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels in plaats van recht op zorg recht op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de voor de zorg gemaakte kosten, indien deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder met wie de Wlz-uitvoerder geen overeenkomst als bedoeld in artikel 4.2.2 heeft gesloten.

Zoals aangegeven in het voorlopig advies worden de voorwaarden nader uitgewerkt in artikel 3.7.1, van het Besluit langdurige zorg (Blz). Hieruit volgt dat in de EU, EER en Zwitserland het mogelijk is niet-gecontracteerde zorg in te roepen zolang betrokkene verzekerd is en bij een bevoegde zorgaanbieder. Een bevoegde zorgaanbieder is iemand die volgens de regels van dat land zorg mag verlenen.

Bij de aanvullende informatie zit geen nieuwe medische informatie. Uit het dossier valt net als ten tijde van het voorlopig advies dus niet goed af te leiden of sprake is van specifieke behandeling. Omdat de Wlz een voorliggende voorziening is ten opzichte van zorg uit de Zvw, zal de Wlz-uitvoerder in eerste instantie moeten beoordelen (ook inhoudelijk) of sprake is van specifieke behandeling.

Het Zorginstituut kan het laatst gegeven argument van het zorgkantoor dat het gaat om een besluit in de zin van de Awb hierin niet volgen. Dat staat hier namelijk niet aan in de weg.

Conclusie

Zoals in het voorlopig advies blijkt volgt het Zorginstituut het standpunt van verweerder dat geen sprake is van MSR. Verweerder geeft aan dat geen sprake is van fysiotherapie nu de behandelaar bij TRAINM niet voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. Het ligt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut om hier over te adviseren. Bij de aanvullende informatie zit geen nieuwe

medische informatie. Uit het dossier valt net als ten tijde van het voorlopig advies dus niet goed af te leiden of sprake is van specifieke behandeling. Omdat de Wlz een voorliggende voorziening is ten opzichte van zorg uit de Zvw, zal de Wlz-uitvoerder in eerste instantie moeten beoordelen (ook inhoudelijk) of sprake is van specifieke behandeling.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De Wlz-uitvoerder zal in eerste instantie moeten beoordelen of sprake is van specifieke behandeling."

- 6.3. In het definitief advies van 28 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling naar aanleiding van aanvullende informatie en hoorzittingsverslag

Na het (definitieve) advies van 1 september 2022 heeft er een hoorzitting plaatsgevonden met partijen.

Uit het hoorzittingsverslag is op te maken dat partijen verdeeld zijn over de vraag of de behandelingen zijn aan te merken als algemene paramedische zorg.

Zoals in het bovengenoemde (definitieve) advies is vermeld, dient de Wlz-uitvoerder in eerste instantie te beoordelen of sprake is van specifieke behandeling. Het Zorginstituut merkt op dat dit punt in de nagekomen informatie en het hoorzittingsverslag onbeantwoord blijft.

Namens verzoeker is gesteld dat de aandoening van verzoeker is vermeld op de lijst van chronische indicaties. De gemachtigde van verzoeker schrijft tevens in de brief van 31 augustus 2023 dat de door verzoeker gevolgde behandeling onder de Zvw en de aanvullende verzekering valt. De gemachtigde verzoekt verweerder om de behandelingen uit coulance te vergoeden.

Op de hoorzitting stelt verweerder dat het de vraag is of in casu sprake is van zorg zoals fysiotherapeuten deze plegen te bieden en of de behandelingen voldoen aan 'de stand van wetenschap en praktijk'. Daarnaast dient sprake te zijn van doelmatige zorg. Volgens verweerder is hier niet aan voldaan.

Ter zitting heeft de commissie medegedeeld dat zij zich na de zitting zou beraden over de toelating van de te laat ingebrachte stellingen van verweerder over voornoemde wettelijke criteria en doelmatigheid. De commissie heeft zich hierover uitgesproken en de voornoemde stellingen als tardief aangemerkt, waardoor deze niet meer in de procedure worden toegelaten. Bij brief van 9 november 2023 zijn partijen hiervan op de hoogte gesteld.

Gelet op het bovenstaande dient het Zorginstituut de genoemde stellingen in het kader van de beoordeling of in geval van verzoeker sprake is van algemene paramedische zorg, buiten beschouwing te laten. Het Zorginstituut kan dan ook niet beoordelen of de door verzoeker gevolgde behandelingen zijn aan te merken als Zvw-zorg waarvoor een vergoeding kan worden toegekend.

Zoals ook in het (definitieve) advies van 1 september 2022 is aangegeven, kan het advies van het Zorginstituut geen betrekking hebben op eventuele vergoeding uit aanvullende verzekering of uit coulance.

Het Zorginstituut concludeert derhalve dat er uit het hoorzittingsverslag van 25 oktober 2023 en de aanvullende stukken geen feiten of omstandigheden naar voren komen die aanleiding kunnen zijn - gegeven de situatie - het eerder uitgebrachte advies te herzien. U kunt het definitief advies van 1 september 2022 dan ook als definitief beschouwen."

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 A.17. van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische revalidatie alsmede die uit Vo.nr. 883/2004 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gegaan met het doel daar een behandeling te ondergaan. Voortzetting van deze behandeling is volgens hem gewenst. Er is sprake van planbare zorg, en hierop ziet artikel 20 van Vo.nr. 883/2004. Verzoeker heeft tijdig een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, die hierop afwijzend heeft beslist. Op grond van Bijlage XI van genoemde verordening, worden voor de toepassing van de desbetreffende titel onder 'rechthebbenden op verstrekkingen' verstaan personen die verzekerd zijn ingevolge de Zvw.

- 8.3. Het is mede tegen de achtergrond van de verordening dat partijen erover verdeeld zijn of de behandeling bij TrainM ten laste komt van de Wlz dan wel de zorgverzekering. De commissie merkt op dat verzoeker, als Wlz-verzekerde, bekend is bij de ziektekostenverzekeraar. Zoals in de brief van 1 juni 2023 - zonder briefhoofd, maar kennelijk afkomstig van de Wlz-uitvoerder - wordt toegelicht, heeft het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort de taak van Wlz-uitvoerder ondergebracht in een aparte rechtspersoon. De Wlz-uitvoerder heeft de Wlz-zorg in het buitenland, met uitzondering van het PGB, niet gemandateerd aan het zorgkantoor. Hieruit volgt dat de Wlz-uitvoerder bevoegd is de aanvraag van verzoeker te beoordelen. Blijkens de brief van 1 juni 2023 is uit deze beoordeling gekomen dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandeling bij TrainM, ten laste van de Wlz.

Voor de commissie vormen dit besluit en de onderbouwing ervan een gegeven. Het betreft hier een besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht, en indien verzoeker hiertegen wenst op te komen, kan hij dit doen door in bezwaar te gaan bij de Wlz- uitvoerder, waarna eventueel beroep mogelijk is. De commissie is te dien aanzien niet bevoegd.

Gelet op het besluit van de Wlz-uitvoerder moet de commissie het ervoor houden dat de uitzondering van artikel 2.1, eerste lid, Bzv - die geldt voor vormen van zorg of diensten die voor de verzekerde kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, in dit geval de Wlz - hier niet van toepassing is. Dit betekent dat de beoordeling of aanspraak bestaat op basis van de zorgverzekering thans in volle omvang kan plaatsvinden.

Gelet op de stellingen van de ziektekostenverzekeraar dient allereerst te worden beantwoord de vraag of de behandeling bij TrainM is te beschouwen als MSR, en als zodanig moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

- 8.4. Op bladzijde 40 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op MSR, waarbij de behandeling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Bij verzoeker is sprake van een complexe samenhangende problematiek op meerdere ICF-domeinen (International Classification of Functioning, Disability and Health) van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Hij ontving al behandelingen ergotherapie en logopedie. Nieuw aan de behandeling in België is dat

daarnaast bij TrainM - fysiotherapeutische - behandelingen worden toegepast met behulp van robotica.

Het Zorginstituut stelt in het voorlopig advies van 14 januari 2022 dat uit de beschikbare informatie blijkt dat aan TrainM geen revalidatiearts is verbonden. Er kan dus geen interdisciplinaire medische specialistische revalidatiebehandeling worden uitgevoerd die voldoet aan de in/voor Nederland geldende randvoorwaarden. Een fysisch geneeskundige is geen revalidatiearts en bovendien is deze niet betrokken bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan, aldus het Zorginstituut, dus niet geconcludeerd worden dat sprake is van MSR. De commissie volgt het Zorginstituut hierin en stelt vast dat de behandeling bij TrainM niet als MSR kan worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering.

- 8.5. Een volgende vraag is of onderdelen van de behandeling bij TrainM - nu het volgens de Wlz-uitvoerder geen specifieke paramedische zorg betreft - als algemene paramedische zorg onder de noemer fysiotherapie, logopedie respectievelijk ergotherapie onder de dekking van de zorgverzekering vallen.
- De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat fysiotherapie vanaf de 21ste behandeling kan worden vergoed op grond van de zorgverzekering, maar alleen als er een indicatie is die is vermeld op de bijlage bij het Bzv, en de fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het register Keurmerk Fysiotherapie. De ergotherapeut en logopedist moeten zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Ten aanzien van de indicatie merkt het Zorginstituut in het voorlopig advies van 14 januari 2022 op dat het CVA is vermeld in eerdergenoemde bijlage. In de latere correspondentie verklaart het Zorginstituut geen uitspraak te kunnen doen over de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde kwaliteitseisen.
- De commissie overweegt met betrekking tot deze kwaliteitseisen dat de wetgever, blijkens de Memorie van toelichting, het aan de zorgverzekeraar heeft overgelaten te bepalen door wie de verzekerde zorg en andere diensten mogen worden geleverd, ten laste van de zorgverzekering. In dit geval moet worden vastgesteld dat op bladzijde 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de ergotherapeut rechtstreeks toegankelijk is indien deze in het Kwaliteitsregister Paramedici is vermeld met de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd'. In het andere geval is de ergotherapeut alleen toegankelijk na gerichte verwijzing. Eveneens op bladzijde 14 is bepaald dat de fysiotherapeut moet zijn geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie dan wel het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor de logopedist geldt dezelfde regeling als voor de ergotherapeut, zoals blijkt uit het gestelde op bladzijde 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- De commissie stelt vast dat TrainM niet voldoet aan de eis van opname in één van de genoemde registers. Een gerichte verwijzing naar een ergotherapeut of logopedist ontbreekt. Hieruit volgt dat niet is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat geen vergoeding van de 'losse' onderdelen van de behandeling mogelijk is.
- 8.6. Door verzoeker is gesteld dat de hiervoor besproken voorwaarden onredelijk bezwarend zijn onderscheidenlijk in strijd zijn met het Unierecht en de jurisprudentie van het Europese Hof. De commissie oordeelt dat het hier bedingen betreft die de kern van de prestaties raken. Indien begrijpelijk en eenduidig geformuleerd, zijn dergelijke kernbedingen niet te beschouwen als algemene voorwaarden in de zin van Afdeling 3 van Boek 6 BW. Partijen zijn over de formulering op bladzijdes 14 en 34 niet verdeeld, zodat aan voornoemde eis is voldaan en verdere toetsing achterwege dient te blijven.
- Iets anders is of kan worden gesproken van strijd met het Unierecht of de jurisprudentie van het Europese Hof. Voor zover het gaat om het vrije verkeer - in dit geval van diensten - kan niet zonder meer worden uitgegaan van 'horizontale werking' van de bepalingen van het VWEU. De zorgverzekering wordt in dit verband echter aangemerkt als een sociale ziektekostenverzekering, en dit betekent dat eerder genoemde verordening en de zogenoemde Patiëntenrichtlijn van toepassing zijn. De verordening geeft - samengevat - de verzekerde tijdens verblijf in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland aanspraak op noodzakelijke zorg, volgens de sociale ziektekostenverzekering van dat land. Dit is geregeld in artikel 19. Voor planbare zorg

kan een beroep worden gedaan op artikel 20 van de verordening. In dat kader geldt een toestemmingsvereiste. De verordening is rechtstreeks werkend.

De Patiëntenrichtlijn is niet rechtstreeks werkend. Lidstaten zijn gehouden de bepalingen van de richtlijn te implementeren in hun nationale wetgeving, binnen de termijn die daarvoor is gesteld. Voor de Nederlandse wetgever is het uitgangspunt geweest dat, behoudens het aanwijzen van een nationaal contactpunt, aan de eis van implementatie was voldaan, omdat de verzekering op grond van de Zvw uitgaat van 'werelddekking'. Zoals door verzoeker, onder verwijzing naar artikel 13 Zvw, is gesteld, mag een verzekerde de keuze maken zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en mag het daarbij niet uitmaken of deze zorgaanbieder in Nederland is gevestigd of daarbuiten.

De commissie overweegt dat voor de ergotherapeut en de logopedist geldt dat indien zij niet zijn opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici, een gerichte verwijzing vereist is. Daarbij maakt het dus niet uit of de zorgaanbieder in Nederland is gevestigd of daarbuiten. Het valt niet in te zien waarom voor niet-geregistreerde buitenlandse zorgaanbieders een lichtere eis zou moeten gelden. Dat de geregistreerde zorgaanbieders overwegend Nederlandse ergotherapeuten en logopedisten zullen zijn, maakt dit niet anders.

Daarentegen staat de 'harde' eis van registratie voor de fysiotherapeut op gespannen voet met de (geïmplementeerde) richtlijn. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering kan een verzekerde immers niet ervoor kiezen zich (eventueel na verwijzing) te wenden tot een in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland gevestigde - niet-geregistreerde - fysiotherapeut, terwijl hij voor een beroep op de verordening afhankelijk is van de toestemming van de zorgverzekeraar en de vergoeding op basis van de sociale ziektekostenverzekering van het andere land mogelijk lager is, dus niet in alle gevallen uitkomst biedt.

Uit het standpunt van de Wlz-uitvoerder volgt dat de fysiotherapie een algemeen karakter heeft, terwijl het Zorginstituut erop heeft gewezen dat een CVA aanspraak geeft ten laste van de zorgverzekering vanaf de 21ste behandeling. Tegen deze achtergrond oordeelt de commissie dat verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding vanaf de 21ste behandeling fysiotherapie. Tijdens de hoorzitting is gebleken dat verzoeker in 12 weken tijd 120 maal is behandeld. Dit aantal behandelingen komt de commissie excessief voor. Daarom stelt de commissie in goede justitie vast dat verzoeker met betrekking tot genoemd tijdvak aanspraak heeft op vergoeding van 60 behandelingen fysiotherapie, onder aftrek van de eerste 20 behandelingen, en overigens met inachtneming van het bepaalde in de bijlage bij het Bzv en de in de zorgverzekering opgenomen vergoeding per behandeling.

Voor de kosten van het verblijf in een zorghotel kent de zorgverzekering geen dekking. Verzoeker heeft tijdig toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, in het kader van Vo. nr. 883/2004. Deze aanvraag zag echter niet uitsluitend op enkelvoudige fysiotherapie na een CVA. Aan te nemen valt dat, indien een aanvraag zou zijn gedaan, de toestemming zou zijn geweigerd, omdat deze behandeling ook tijdig in Nederland kan plaatsvinden. De gevraagde toestemming op grond van de verordening voor de behandeling bij TrainM - die naast fysiotherapie zag op ergotherapie en logopedie - werd verzoeker vanwege het ontbreken van gerichte verwijzingen naar een ergotherapeut respectievelijk een logopedist terecht onthouden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.7. Op grond van het bepaalde op bladzijde 64 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, bestaat aanspraak op maximaal 5 uren ergotherapie per kalenderjaar, waarbij als eis geldt dat de zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Eveneens op bladzijde 64 is bepaald dat aanspraak bestaat op maximaal 32 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar, waarbij als eis geldt dat de zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. TrainM voldoet niet aan voornoemde eis, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is de kosten van ergotherapie onderscheidenlijk fysiotherapie te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie oordeelt verder dat ook hier sprake is van een begrijpelijk en eenduidige kernbeding, dat verder niet kan worden getoetst in het kader van Afdeling 3 van Boek 6 BW. De verordening ziet niet op de aanvullende ziektekostenverzekering en hetzelfde gaat op voor de Patiëntenrichtlijn.

Voor de kosten van het verblijf in het zorghotel kent de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking.

8.8. Verzoeker heeft gepleit voor een onverplichte vergoeding. De commissie merkt hierover op dat aan verzoeker moet worden toegegeven dat de ziektekostenverzekeraar langdurig verwarring heeft gecreëerd over welke instantie op de aanvraag van verzoeker moest beslissen op grond van de Wlz en de zorgverzekering/aanvullende ziektekostenverzekering. Dit enkele gegeven kan er evenwel niet toe leiden dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de behandeling bij TrainM volledig te vergoeden. Het toepassen van coulance behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar. De commissie kan in dat beleid niet treden, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van 60 behandelingen fysiotherapie op grond van de indicatie CVA, onder aftrek van de eerste 20 behandelingen, en overigens met inachtneming van het bepaalde in de bijlage bij het Bzv en het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden ten aanzien van de hoogte van de vergoeding per behandeling;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 15 januari 2024,

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

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.

- 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 deze medisch noodzakelijk is,
 - behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

Let op

U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met medisch specialistische revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U wordt behandeld door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts of medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben.

Toestemming

Gaat u voor revalidatie naar een zorgaanbieder die met Menzis geen contract heeft? U heeft in dat geval alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie als u vooraf toestemming van Menzis heeft. Stuur u bij uw aanvraag een motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Let op

Arbeidsreïntegratie is geen verzekerde zorg.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medischspecialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze mensen hebben behoefte aan een revalidatiebehandeling die meerdere soorten zorg combineert zoals verpleging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtist, maatschappelijk werkende en de specialist ouderengeneeskunde. Dit alles onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. De zorg is aangepast aan de individuele herstelmogelijkheden en het trainingstempo van ouderen en houdt rekening met andere al bestaande aandoeningen. Het doel is om deze ouderen te helpen om terug te keren naar huis.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leervermogen en trainbaarheid. Geriatrische revalidatie is integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg en moet gericht zijn op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

U heeft recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatie als u bij de start van de geriatrische revalidatie wordt opgenomen en:

- de geriatrische revalidatie binnen een week aansluit op een opname in verband met medisch specialistische zorg. Daarbij geldt dat u geen recht heeft op geriatrische revalidatie als u vóór die opname was opgenomen in een verpleeghuis. Met een opname in een verpleeghuis wordt bedoeld verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg, of

- Menzis kan een eigen bijdrage in rekening brengen bij de verzekeringnemer of de verzekerde om wie het gaat.
- Voor de aanvullende verzekering van een verzekerde tot 18 jaar, hoeft geen premie te worden betaald. Voor de tandartsverzekering van een verzekerde tot 10 jaar, hoeft geen premie te worden betaald. Dit geldt alleen als die verzekerde op een polis staat waar een verzekerde wél premie betaald voor deze verzekering of een duurdere verzekering. Voor de JongerenVerzorgd moet altijd voor verzekerden van alle leeftijden premie worden betaald.

A31 Voor uw kind

Menzis accepteert u zonder medische selectie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Voor een kind tot 18 jaar kan een aanvullende verzekering met een uitgebreidere dekking worden aangevraagd dan die van 1 van de verzekerden van 18 jaar of ouder die op de zorgpolis staan vermeld. Voor het kind wordt dan een volwassenpremie in rekening gebracht.

A32/A33 Samenloop

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering - al dan niet van latere datum - of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed worden.

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden ook geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering, al dan niet van latere datum, of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed zouden worden als u de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten.

Als u een beroep doet op de aanvullende verzekering of tandartsverzekering, terwijl u ook op een andere verzekering of voorziening, bijvoorbeeld een reisverzekering, een beroep zou kunnen doen, dan moet u Menzis over die andere verzekering of voorziening informeren.

A34 Terrorisme

Wanneer er sprake is van terroristisch handelen, geldt voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering het volgende: u heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden. Dit is anders als deze kosten zijn herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van de verzekering en is te raadplegen via menzis.nl of terrorismeverzekerd.nl en wordt op verzoek toegezonden.

A35 Atoomkernreacties

Zorg of vergoeding van de kosten van zorg die het gevolg zijn van atoomkernreacties zijn niet verzekerd voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Onder atoomkernreacties valt iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplitsing, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

A36 Afwijzing aanvraag

Menzis kan een verzoek tot het aangaan van een aanvullende verzekering of tandartsverzekering onder andere weigeren als:

- u nog premie moet betalen voor een andere verzekering van Menzis,
- u zich schuldig heeft gemaakt aan (verzekerings)fraude.

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

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 2.5c

1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
 - a. de zorg binnen een week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling, en
 - b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12.
3. Het tweede lid, onderdeel a, is niet van toepassing indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en waar sprake is van voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening.
4. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
4. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste zevenendertig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
5. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
6. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste:
 - a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: vijf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;

- b. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit:
 - 1°. zevenentwintig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. drie behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren;
 - c. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit of indien sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zeventig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. tweeënvijftig behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren.
- 7.** Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
- 8.** Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
- 9.** Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per kalenderjaar.
- 10.** Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

van € 385.

3. U wordt op 20 december 2020 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2021 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2020.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. de eventuele eigen bijdrage, daarna
3. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
4. 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.

i 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 vergoeding van kosten van :

- 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.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van 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.

Diëtetiek

Diëtetiek 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 vergoeding van kosten van maximaal 3 behandeluren diëtetiek met een geneeskundig doel over voeding en eetgewoonten. Een behandeluur bestaat uit de geplande tijd die de diëtist

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een erfelijkheidsonderzoek naar een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van erfelijkheidsonderzoek als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de cliënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning bieden in de aanvraagprocedure.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten van maximaal 10 behandelingen ergotherapie als die het doel heeft uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een ergotherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een ergotherapeut direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist of jeugdarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde ergotherapeut gaat,
- als u naar een ergotherapeut gaat die werkzaam is in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum.

Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie

Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt een functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, Slender You en groepszwemmen) en extracorporale shockwave therapie is geen fysiotherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer

informatie vindt u op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

18 jaar of ouder

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40.

Let op

U heeft vanuit uw Basisverzekering geen recht op vergoeding van kosten van de 1^e 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van Menzis is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heeft u recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1^e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op vergoeding van kosten van nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan:

- de manueel therapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan,
- de kinderfysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staan,
- de geriatriefysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek,
- de bekkenfysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de bekkenregio en heupen centraal staan,
- de oedeemtherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin (lymf)oedeem centraal staat.

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

Let op

U kunt voor behandeling van de ziekte van Parkinson alleen naar een fysiotherapeut die is aangesloten bij ParkinsoNet en die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie.

i Let op

U kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemfysiotherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, jeugdarts of tandarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben,
- als u jonger bent dan 18 jaar: als u voor de 1^e 9 behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is,
- voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut, behandeling aan huis uitgezonderd.

i Let op

Het is mogelijk dat Menzis navraag doet over nut en noodzaak van de behandeling bij de fysiotherapeut. Bijvoorbeeld als u meer dan 50 behandelingen per jaar krijgt. Menzis en de beroepsgroep van fysiotherapeuten vinden doelmatige zorgverlening belangrijk. Zo zorgen we ervoor dat u de juiste behandeling krijgt en kunnen we de kosten voor u zo laag mogelijk houden.

Oefentherapie

Oefentherapie is een behandeling gericht op de verbetering van de houding en manier van bewegen van mensen met lichamelijke klachten. De gedachte achter de therapie is dat houdingen en bewegingen onbewust aangepast worden aan klachten en dat deze klachten hierdoor in stand worden gehouden. De therapie bestaat uit oefeningen om de houding en beweging te corrigeren.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van oefentherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals Slender You en groepszwemmen) is geen oefentherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

18 jaar of ouder

U heeft recht op vergoeding van kosten van oefentherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op vergoeding van kosten van oefentherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. De lijst is opgenomen in bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

i Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van de 1^e 20 behandelingen. In de aanvullende verzekeringen van Menzis is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van kosten van oefentherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst staat, heeft u recht op vergoeding van kosten van ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1^e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op vergoeding van kosten van nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een oefentherapeut of een kinderoefentherapeut, die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben,
- als u jonger bent dan 18 jaar: als u voor de 1^e 9 behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is,
- voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut, behandeling aan huis uitgezonderd.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

De bekkenfysiotherapeut helpt bij het leren herkennen en trainen van alle relevante spieren rondom het bekken. De bekkenbodempier is een spierlaag onderin het bekken, die de buikorganen draagt, zorgt voor het openen en sluiten van de bekkenuitgang en die bijdraagt aan de stabiliteit van het bekken. De bekkenbodempieren werken nauw samen met de buik- en rugspieren en hebben een belangrijke functie in het dagelijks bewegen en bij het voorkómen van rug- en bekkenpijn.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor de gehele verzekeringsduur, als u 18 jaar of ouder bent. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, Slender You en groepszwemmen) en extracorporale shockwave therapie is geen bekkenfysiotherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op menzis.nl.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van bekkenfysiotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft

Welke zorgaanbieder

Kraamzorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende die verbonden is aan een kraamzorginstelling.

Aanmelding

Voor advies over kraamzorg kunt u bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40. Het kraampakket kunt u dan meteen aanvragen.

Logopedie

Een logopedist geeft hulp bij stoornissen van de mondfuncties adem, stem, spraak, taal en horen. Deze hulp kan bestaan uit het behandelen van de stoornis, maar ook uit het afnemen van een onderzoek, het geven van adviezen en voorlichting en het begeleiden van de familie (verzorger) van de patiënt.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van logopedie als:

- die een geneeskundig doel heeft, en
- van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van logopedie in verband met:

- dyslexie,
- behandelingen met een onderwijskundig doel,
- 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,
- preverbaal 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.

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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van :

- 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.

Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslakte 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 vetophoppingen) 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,

Besluit zorgverzekering

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. [vervallen;]
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. [vervallen;]
 - 9°. [vervallen;]
 - 10°. [vervallen;]
 - 11°. [vervallen;]
 - 12°. [vervallen;]
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. [vervallen;]
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. [vervallen;]
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6°. perifere arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18,

is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.

4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op de eerste behandeling na ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de patiënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen.

Ergotherapie is voor een deel verzekerd in de Basisverzekering. Als het een aanvulling is op de vergoeding uit de Basisverzekering, dan krijgt u ergotherapie vergoed voor een maximum aantal uren per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
0	0	0	5

U heeft recht op deze vergoeding als uw ergotherapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

Kiest u voor een ergotherapeut die geen contract met Menzis heeft? Dan moet de ergotherapeut als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

Fysiotherapie en Oefentherapie

Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunt u naar de fysiotherapeut of oefentherapeut gaan. Door het toepassen van diverse technieken en oefeningen probeert deze de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Een normale houding en beweging is dan weer mogelijk, of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

U krijgt een vergoeding voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
9	9	18	32

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

- Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u het beste naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan klachten:
 - waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan (manueel therapeut),

- waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staat (kinderfysiotherapeut/kinderoefentherapeut),
 - bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek (geriatriefysiotherapeut),
 - waarin de bekkenregio en heupen centraal staan (bekkenfysiotherapeut),
 - die samenhangen met stress en klachten als pijn en vermoeidheid waarvoor geen direct lichamelijke oorzaak kan worden gevonden (psychosomatisch fysiotherapeut en psychosomatisch oefentherapeut),
 - waarin (lymf)oedeem centraal staat (oedeemtherapeut).
- Wij raden u aan om aan uw fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.
 - U kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.
 - Kiest u voor een therapeut die geen contract met Menzis heeft? Dan krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.
 - Manuele therapie krijgt u per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.
 - Een screening telt als 1 behandeling. Vindt tegelijkertijd een intake en onderzoek plaats, dan is het 1^e bezoek gelijk aan 1 behandeling. Als de screening, intake en onderzoek niet op dezelfde dag plaatsvinden, dan telt dit als 2 behandelingen.
 - U krijgt geen vergoeding voor behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie beschouwd worden, zoals fysiofitness, shockwave therapie en zwemmen in warm water. Informeer bij uw therapeut, kijk op menzis.nl/fysiotherapie voor nog meer voorbeelden of bel met onze Klantenservice als u twijfelt.

Verwijzing

Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig, behalve voor behandelingen aan huis.

Geneesmiddelen (eigen bijdrage GVS)

Geneesmiddelen worden vergoed uit de Basisverzekering, maar soms moet u een eigen bijdrage betalen. De hoogte van de eigen bijdrage wordt geregeld in het GVS (Geneesmiddelenvergoedingensysteem).

U krijgt de eigen bijdragen vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
€ 0	€ 0	€ 100	€ 200