

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D en Menzis zorgverzekeraar N.V.
te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen

Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, herniaoperatie, hoogte vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 13 Verdrag
tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake
sociale zekerheid

Zaaknummer : 202201664

Zittingsdatum : 8 maart 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier en brief van 6 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 oktober 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 24 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 november 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 14 december 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022048447) aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben. Een kopie hiervan is op 16 december 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 21 maart 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 december 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 23 maart 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker was in 2022 bekend met herniaklachten. Tijdens een vakantie in Turkije namen deze klachten toe en heeft verzoeker zich gewend tot het Akdeniz Hastanesi te Antalya. Daar is hij op 13 mei 2022 geopereerd.

3.3. In het medical report wordt door de behandelend arts over verzoeker verklaard:

"11.05.2022

neurological examination: lumbar movements painful left laseque 15 degrees + left toe reduced dorsal flexion, lumbar mri requested. The patient is installed. Medical treatment and follow-up started.

12.05.2022:

the patient is seen. Pain continues in lumbar mri there are minimal osteophytic taperings at the vertebral corpus corners. There is a wide-based central-left paracentral extrusion in the l5-s1 intervertebral disc, and it compresses the left nerve root by obliterating spinal stenosis and left lateral recess by compressing the thecal sac. Facet joints are hypertrophied. The patient was recommended for surgery. Medical treatment and follow-up continue.

13.05.2022.

The patient is seen. The pain continues. The loss of strength of the patient's left toe dorsal flexion increased. Achille is not received. Preop preparations are made. The patient was taken into operation. He was taken into emergency surgery because the patient did not response to medical treatment and was progressive loss of force."

- 3.4. Op 31 mei 2022 heeft verzoeker een e-mailbericht naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. In vervolg hierop hebben partijen op 16 juni 2022 telefonisch overlegd, waarna de ziektekostenverzekeraar op 22 juni 2022 aan verzoeker een declaratieformulier per e-mail heeft gestuurd. Verzoeker heeft dit ingevuld en op 23 juni 2022 geretourneerd. Van de gedeclareerde kosten ten bedrage van totaal € 6.998,97 is door de ziektekostenverzekeraar, onder aftrek van het verplicht eigen risico, € 2.987,45 vergoed. Verzoeker is hiertegen opgekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geantwoord bij brief van 5 juli 2022, onder handhaving van zijn standpunt.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 augustus 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 14 december 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld in deze zaak geen adviesbevoegdheid te hebben.
- 3.7. Bij brief van 23 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hem een aanvullende vergoeding van € 3.976,52 moet verlenen.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker toegelicht dat hij, tijdens zijn vakantie in Turkije, te maken kreeg met een toename van de bestaande herniakilachten. Op 11 mei 2022 werd hij opgenomen in het Akdeniz Hastanesi. Uit een aldaar gemaakte MRI-scan bleek dat de hernia op een zenuwbaan drukte. Zijn echtgenote nam die dag contact op met de ANWB Alarmcentrale. Een arts van de alarmcentrale oordeelde op 12 mei 2022 dat geen sprake was van spoedeisende zorg en dat verzoeker pijnstillers kon gebruiken tot de geplande datum van terugkeer, te weten 16 mei 2022. Op diezelfde datum - 12 mei 2022 - droeg de ziektekostenverzekeraar het dossier over aan de reisverzekeraar, met de vraag voor repatriëring zorg te dragen, waarbij het verzoek was meer beenruimte en een plek aan het gangpad.

- 4.3. Aangezien het voor verzoeker niet mogelijk was de terugreis naar Nederland te ondernemen, en de medicatie bij hem niet aansloeg, heeft verzoeker het advies van de Turkse arts opgevolgd en heeft hij zich op 13 mei 2022 laten opereren. Volgens de behandelend arts bestond er kans op blijvend krachtsverlies en op verlamming. Deze arts heeft hem gezien, en kon de situatie daarom beter inschatten dan de arts van de alarmcentrale. Verzoeker verwijst in dit verband naar artikel 14 Zvw, waarin is geregeld dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst slechts wordt beantwoord op basis van zorginhoudelijke criteria. Volgens verzoeker was wél sprake van spoedeisende zorg. Hij verwijst hierbij naar informatie van het Zorginstituut, waaruit volgt dat van spoedeisende zorg kan worden gesproken als iemand in het vakantieland onverwacht zorg nodig heeft. In zijn brief van 5 juli 2022 bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat dit aan de orde was. Verzoeker meent dat het hier niet gaat om planbare zorg. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar in Turkije waarschijnlijk geen zorg gecontracteerd.
- 4.4. Verzoeker merkt op dat de reisverzekeraar de kosten van repatriëring wel wilde vergoeden. Nadat de operatie had plaatsgevonden was dit echter niet meer noodzakelijk. Hiervoor is door de ziektekostenverzekeraar slechts een gedeeltelijke vergoeding verleend. De hoogte hiervan is voor verzoeker niet goed te herleiden, ook niet met behulp van de toelichting in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 6 september 2022. Daarnaast gaat de ziektekostenverzekeraar voorbij aan het feit dat verzoeker ook de aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er een geschil is over de vraag of de zorg als spoedeisend moet worden gekwalificeerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou de vergoeding correct zijn berekend en dat zou er geen geschil bestaan over de spoedeisendheid. Maar dat wordt nu juist wel bestreden. Als er in het buitenland onverwacht zorg nodig is, is er sprake van spoedeisende zorg. De zorg was niet planbaar. De Alarmcentrale heeft weliswaar geoordeeld dat geen sprake was van spoedeisendheid, maar de Turkse arts dacht hier anders over. Het was geen operatie die voorzienbaar was en die kon worden ingepland voor over een paar dagen. De uitstulping van de tussenwervel was zo ernstig dat de kans reëel aanwezig was dat er onherstelbare schade aan de zenuw zou optreden. De pijnstillers die verzoeker kreeg voorgeschreven hielpen niet. De hulp van de Alarmcentrale werd op afstand gegeven. Verzoeker kampte met helse pijn. In Nederland zou er volgens de ziektekostenverzekeraar geen ingreep zijn uitgevoerd. Dit is niet aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen. Het was voor verzoeker geen voorziene zorg. De arts vond de ingreep direct noodzakelijk, en het is niet aan de ziektekostenverzekeraar hierover iets te zeggen. De Turkse arts heeft verzoeker gezien en bij hem onderzoeken gedaan. Dit is niet het geval bij de arts van de Alarmcentrale dan wel die van de ziektekostenverzekeraar. Er zou een vergoeding moeten worden verleend, tenzij de kosten in redelijkheid niet passend zijn te achten, en hiervan is geen sprake. Verzoeker heeft verder desgevraagd verklaard dat hij geen verlamningsverschijnselen had, maar hij hield het niet meer van de pijn. Hij vraagt zich af hoe hij naar huis had moeten gaan. Hij had nog nooit eerder zulke heftige pijn gehad. Verder is hij afgegaan op het advies van de arts dat hij verlamd zou kunnen raken als hij geen ingreep zou ondergaan.
- 4.6. 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 heeft verklaard dat hij geen aanleiding ziet tot een hogere vergoeding. De zorg was niet spoedeisend en deze werd verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Van spoedeisende zorg kan worden gesproken als de medische zorg niet kan wachten tot na terugkeer naar Nederland en vooraf niet bekend is dat deze moet plaatsvinden. Verzoeker had gebruik kunnen maken van pijnstilling tot de datum van terugkeer. Eventueel had hij liggend kunnen worden gerepatriëerd door de reisverzekeraar. De uitgevoerde operatie vond

plaats zonder overleg. Een dergelijke operatie is volgens de adviserend geneeskundige doorgaans electief, tenzij sprake is van neurologische uitval, maar dit laatste speelde bij verzoeker niet.

Voor de vergoeding is uitgegaan van zorgproductcode 131999284, waarbij 75% van het hiervoor gemiddeld gecontracteerde tarief € 3.372,45 bedraagt. Dit bedrag is vergoed onder aftrek van het nog openstaande verplichte eigen risico (€ 385,-). De bankkosten van € 207,28 blijven voor rekening van verzoeker.

Alleen in geval van spoedeisende zorg biedt de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een aanvulling tot de werkelijke kosten. Die situatie is bij verzoeker niet aan de orde.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat een ingreep uitsluitend spoedeisend is als er sprake is van verlamingsverschijnselen en/of problemen bij urineren of ontlasten. Uit de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat verzoeker aanspraak heeft op grond van planbare zorg, en deze vergoeding is aan hem verleend. De DBC-code ziet niet op de vraag of iets wel of niet spoedeisend is. De code 15E829 is terug te vinden via de website. Spoedeisend wil zeggen dat iemand in het buitenland verblijft en onmiddellijk hulp nodig heeft. Er is navraag gedaan bij de arts in Turkije zoals blijkt uit de e-mail van 12 oktober 2021 in het dossier. Daarin wordt gewezen op krachtsverlies, maar niet op verlamming en/of problemen bij urineren of ontlasten. Op basis van het dossier is wat de ziektekostenverzekeraar betreft duidelijk dat er geen sprake was van spoedeisende zorg.
- 5.3. 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. In het voorlopig advies van 14 december 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Het geschil gaat over de vergoeding van de kosten van een herniaoperatie uitgevoerd in Turkije. Verweerder heeft de kosten hiervan deels vergoed. De vergoeding is toegekend op basis van de verzekeringsvoorwaarden en uitgaande van de situatie dat de zorg niet spoedeisend was en is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit is een vergoeding op grond van de basisverzekering. Verzoeker is van mening dat sprake was van spoedeisende zorg, waardoor op basis van de verzekeringsvoorwaarden en zijn aanvullende zorgverzekering de kosten van de operatie volledig moeten worden vergoed.

Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Verweerder heeft immers de kosten van de herniaoperatie deels vergoed vanuit de basisverzekering. Hiermee erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoeker een indicatie heeft voor de operatie.

Het geschil gaat over de vraag of sprake was van spoedeisende zorg. Dit heeft betrekking op de verzekeringsvoorwaarden van verweerder. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder alsmede die uit het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid 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. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het N/TUR-111 formulier. Verzoeker heeft op het declaratieformulier aangekruist dat van het betreffende formulier gebruik is gemaakt, maar de kosten zijn niet via die weg door het ziekenhuis in rekening gebracht. Hieruit leidt de commissie af dat niet is voldaan aan de voorwaarden van genoemd verdrag en daarom blijft het verdrag hier verder onbesproken. Voor zover vergoeding ten laste van de zorgverzekering aan de orde is, overweegt de commissie het volgende.
- 8.3. Het staat vast dat de zorg is verleend door een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Of en, zo ja, op welke schaal met Turkse zorgaanbieders contracten zijn gesloten is in dit verband niet relevant. Uitgangspunt dient de feitelijke situatie te zijn. Ten aanzien van zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bepalen de voorwaarden van de zorgverzekering dat de kosten slechts gedeeltelijk worden vergoed, waarbij voor medisch specialistische zorg de vergoeding 75% van de nota van de zorgaanbieder bedraagt, tot een maximum van 75% van het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Hierbij wordt voor meer informatie verwezen naar de website. Tevens is hier bepaald dat op het te vergoeden bedrag eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna het verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering worden gebracht. De korting van 25% wordt niet toegepast als het gaat om spoedeisende zorg, zo is bepaald op bladzijde 40 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De term 'spoedeisend' is voor de zorgverzekering niet nader gespecificeerd. Bij de bepalingen die gaan over de aanvullende ziektekostenverzekering, en die deel uitmaken van hetzelfde document, is op pagina 65 vermeld dat zorg spoedeisend is als er sprake is van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is en waarbij niet te voorzien was dat deze medische hulp nodig zou zijn. De vraag is of deze situatie bij verzoeker aan de orde was. Op grond van de regel van artikel 150 Burgerlijke rechtsvordering is het aan verzoeker dit te bewijzen.
- 8.4. Het staat vast dat verzoeker reeds vóór de vakantie in Turkije bekend was met een hernia. Hij meldde zich op 11 mei 2022 bij het ziekenhuis met hevige pijnklachten. Twee dagen later constateerde de Turkse arts een progressief krachtsverlies ("progressive loss of force"), waarop hij direct medisch ingrijpen noodzakelijk achtte ("emergency surgery"). Uit de richtlijnen voor HNP zoals die voor de beroepsgroep neurologie gelden, volgt dat alleen indien sprake is van het cauda equina-syndroom, met blaas- en darmontledigingsproblemen, aanleiding bestaat tot direct operatief ingrijpen. Hoewel krachtsverlies een kenmerk is van het cauda equina-syndroom, volgt uit de stukken niet dat bij verzoeker sprake was van een acute reden tot ingrijpen. Het hebben van ernstige pijn is onvoldoende om hiervan te kunnen spreken. Kennelijk zag de arts van de alarmcentrale mogelijkheden verzoeker te repatriëren, eventueel liggend. Verzoeker heeft dit advies echter niet opgevolgd, maar heeft ervoor gekozen zich te laten opereren. Gelet op zijn pijnklachten heeft de commissie hiervoor begrip, maar dit maakt niet dat kan worden gesproken van een spoedeisende situatie als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden. Om die reden moet worden uitgegaan van het in Nederland van toepassing zijnde tarief. De verwijzing van verzoeker

naar artikel 14 Zvw treft in dit verband geen doel, aangezien de beoordeling op zorginhoudelijke criteria heeft plaatsgevonden.

- 8.5. Door de ziektekostenverzekeraar is voor de bepaling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van zorgproductcode 131999284 (declaratiecode 15E829), met als omschrijving 'operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van het botspierstelsel'. De juistheid van genoemde zorgproductcode is door verzoeker niet bestreden. Om die reden neemt de commissie als vaststaand aan dat deze passend is voor de bij verzoeker uitgevoerde operatie. Het betreft een code uit het zogenoemde vrije segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat 75% van het gemiddeld door hem gecontracteerde tarief voor deze operatie neerkomt op € 3.372,45. Dit volgt ook uit de op de website gepubliceerde lijst 'Maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Menzis 2022'. Het verplicht eigen risico 2022 bedraagt € 385,-. Gesteld noch gebleken is dat dit eigen risico al werd vol gemaakt, zodat dit terecht op de vergoeding in mindering is gebracht. Uit het voorgaande volgt dat de vergoeding ten laste van de zorgverzekering ten bedrage van € 2.987,45 correct is vastgesteld.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.6. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, bepaald:

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

(...)

U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:

- er sprake is van een situatie waarin zorg en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeer naar Nederland niet meer mogelijk is,
- het niet te voorzien was dat deze zorg en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn,
- direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van [ziektekostenverzekeraar] bij opname in een instelling,
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,
- u een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt."

Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat verzoeker eventueel liggend naar Nederland had kunnen worden gerepatrieerd, voor rekening van de reisverzekeraar. Hiertoe werd het dossier van verzoeker op 12 mei 2022 overgedragen aan deze verzekeraar. Dat verzoeker ernstige pijnklachten had staat vast, maar hieruit volgt niet automatisch dat vervoer naar Nederland niet langer mogelijk was. Ook anderszins is dit laatste door hem niet aannemelijk gemaakt. Om die reden is niet voldaan aan de eerste voorwaarde van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op aanvulling tot het bedrag van de bij hem in rekening gebrachte kosten.

- 8.7. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over het progressieve krachtsverlies en mogelijke verlamming maakt het voorgaande niet anders, nog daargelaten dat hiervan niet blijkt uit het overgelegde *medical report* van de Turkse arts. Daarin is immers alleen sprake van "progressive loss of force". Het risico op blijvende schade of verlamming wordt in het stuk niet benoemd, ook niet nadat de behandelend arts nog expliciet is gevraagd naar informatie over de medische indicatie.

Tot slot stelt de commissie vast dat voor de bankkosten van € 207,28 noch in de zorgverzekering noch in de aanvullende ziektekostenverzekering dekking is opgenomen. Verzoeker heeft daarbij niet toegelicht op basis waarvan de ziektekostenverzekeraar gehouden zou zijn deze kosten toch te vergoeden.

Slotsom

8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 maart 2023,

H.A.J. Kroon

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

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. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de klantenservice.

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

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

Extra informatie

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

Audiologische hulp

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

Welke zorg

U heeft recht op:

overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

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

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

Toestemming

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

Medisch specialistische zorg

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

Welke zorg

U heeft recht op :

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

i Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,

- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (behalve als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4^e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

i Let op

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

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

Welke zorgaanbieder

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

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

i Let op

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

Let op

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

Verwijzing

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

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

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

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

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

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

Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op [zn.nl](https://www.zn.nl)

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch

specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft. Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de klantenservice.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

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

Welke zorg

U heeft recht op haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum, ZBC of ziekenhuis. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm 'dialyse' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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