

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202202025

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

1.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde neuscorrectie alsnog moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Het betreft een inwendige neuscorrectie waarbij een benadering van buitenaf noodzakelijk is. Zijns inziens ligt het primaat bij de arts en moet bij afwijzing van een aanvraag vooraf met de arts worden overlegd.

De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen omdat bij verzoeker geen sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Van een verplichting tot overleg met de behandelend arts is volgens de ziektekostenverzekeraar geen sprake.

1.2. De commissie overweegt dat een septorhinoplastiek is aangevraagd. Over de inwendige neuscorrectie zijn partijen niet verdeeld. Hieronder valt ook een extracorporele septumcorrectie, maar die behandeling is blijkens de aanvraag niet aan de orde. De uitwendige neuscorrectie betreft een rhinoplastiek vanwege een insufficiënte neusklep. Bij die indicatie voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat geen sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Daarnaast blijkt uit de aanvraag niet dat een beroep wordt gedaan op de indicatie 'verminking'. De aanvraag werd daarom terecht afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of sprake is van verzekerde zorg en of eventueel een uitsluiting van toepassing is. Overleg hierover met de behandelend KNO- arts had in dit geval geen toegevoegde waarde. De commissie beslist tot afwijzing van het verzoek.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 31 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 juni 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 juli 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 31 juli 2023 en 1 augustus 2023 verklaard via videobellen te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 21 augustus 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023030066) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 augustus 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 25 oktober 2023 bij nader inzien toch niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar is op 25 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord en is hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 1 november 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 augustus 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 6 november 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Collectief Tand 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. De behandelend KNO-arts heeft op 17 oktober 2022 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een neuscorrectie. Ter onderbouwing heeft de betreffende KNO-arts, voor zover hier van belang, het volgende over verzoeker verklaard:

"Anamnese

Patiënt werd verwezen in verband met een scheefstand van de neus in combinatie met neuspassageklachten met name links

Neustrauma: nee.

Lichamelijk onderzoek

Uitwendig aspect: een uitwendige deviatie.

Benige hump: ja.

Kraakbenige hump: ja, na geringe zadel.

Tip asymmetrie ten nadele van rechts.

Klepg gebied insufficiënt bij inademing, met name links.

Rhinoscopia anterior: normale slijmvliezen met een septumdeviatie.
Overig KNO-onderzoek toont geen bijzonderheden.

Aanvullend onderzoek

Nasal obstruction symptom evaluation (NOSE) geen probleem licht
probleem matig probleem redelijk ernstig probleem ernstig probleem (1-5)

Verstopte Neus of vol gevoel: 5.

Neusblokkade of obstructie links: 5.

Moeite met ademen door de neus: 5.

Problemen met slapen: 5.

Niet voldoende lucht door de neus krijgen bij sport of inspanning: 5.

Conclusie

In- en uitwendige deviatie van de neus.

Beleid

Om bovengenoemde klachten te verhelpen zou een externe benadering (COTG 2061 en DOT 33)
de meest geëigende behandeloptie zijn.

Gaarne verzoek ik u om goedkeuring. Zou u een kopie van uw antwoord ook aan patiënt kunnen
sturen.

In afwachting van uw positieve antwoord en bereid tot persoonlijk overleg."

- 3.3. Bij brief van 25 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de
aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij
brief van 24 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij
zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 21 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies
uitgebracht.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de
aangevraagde neuscorrectie alsnog moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In zijn klachtenformulier van 29 november 2022 stelt verzoeker dat hij al meerdere jaren last heeft
van ademhalingsproblemen. Volgens zijn KNO-arts worden deze problemen veroorzaakt door de
inwendige botstructuur en moet verzoeker, om van de klachten af te komen, een operatie aan de
neus ondergaan. Op 17 april 2023 heeft de behandelend KNO-arts in aanvulling hierop verklaard
dat het bij verzoeker mechanisch niet mogelijk is om alleen een septumcorrectie uit te voeren en
dat om die reden de binnenkant van de neus via de buitenkant zal worden benaderd. Vanwege
deze benadering wordt de voorgestelde ingreep volgens verzoeker ten onrechte aangemerkt als
een behandeling van plastisch chirurgische aard.
In zijn e-mailbericht van 31 mei 2023 stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar door zijn
opstelling de bestaande functionele problemen ten onrechte bestempelt als iets cosmetisch.
Volgens verzoeker ligt het primaat voor de indicatiestelling bij de behandelend KNO-arts.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn reactie van 20 juli 2023 dat volgens verzoeker de KNO-
arts aan hem heeft medegedeeld dat een septumcorrectie via de buitenkant van de neus zal
worden uitgevoerd. Een dergelijke ingreep wordt een extracorporele septumcorrectie genoemd en
deze wordt beschouwd als een normale septumcorrectie. Gelet op de door verzoeker beschreven
klachten is hij op die behandeling redelijkerwijs aangewezen. Zou door de KNO-arts een

septumcorrectie zijn aangevraagd, dan was de behandeling voor vergoeding in aanmerking gekomen. Aangevraagd is evenwel een septorhinoplastiek. Dit laatste blijkt uit het feit dat de KNO-arts de diagnosecode 33 vermeldt. Deze diagnosecode wordt gebruikt bij vormafwijkingen aan de buitenkant van de neus. De ziektekostenverzekeraar verklaart in dit verband: "Kortom, bij een extracorporele septumcorrectie is er geen rechtvaardiging voor registratie van diagnosecode 33 - vormafwijkingen. Bij de registratie van de juiste diagnosecode 32 - septumafwijkingen, leiden de zorgactiviteiten voor de rhinoplastiek (032060, 032061 en 03262) tot een uitvalproduct. Voor ingrepen aan het septum dient zorgactiviteit 032064 of 032065 geregistreerd te worden. Deze zorgactiviteiten kunnen zonder machtiging uitgevoerd worden."

- 5.2. Gelet op het voorgaande dient ervan te worden uitgegaan dat bij verzoeker niet alleen de binnenkant, maar ook de buitenkant van de neus zal worden gecorrigeerd. Hiervoor geldt dat een uitwendige neuscorrectie is te beschouwen als een behandeling van plastisch- chirurgische aard. Bij de beoordeling of een plastisch-chirurgische behandeling kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, wordt door de ziektekostenverzekeraar gebruik gemaakt van de criteria die zijn vermeld in de VAV Werkwijzer. Hierin staat beschreven dat een verzekerde in aanmerking komt voor een uitwendige neuscorrectie als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.

Het eerste is aan de orde als:

1. er een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestaat. Dat wil in dit verband zeggen een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan 1 jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad en waarvan de verzekerde dagelijks hinder ondervindt,
én
2. de ernst van de klachten is geobjectiveerd door middel van de Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) Scale,
én
3. er een duidelijke uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking bestaat die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is,
én
4. er bij een nasendoscopie/rhinoscopie een passageprobleem wordt gezien en beschreven, dat de passageklachten verklaart en dat veroorzaakt wordt door de bij uitwendige inspectie geobjectiveerde anatomische afwijking,
én
5. de afwijking alleen kan worden gecorrigeerd met een operatieve neuscorrectie/rhinoplastiek en niet alleen met een septumcorrectie en/of conchareductie, én
6. de voorgestelde ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De andere mogelijkheid is die van een aangeboren verminking of een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of een medische behandeling. De misvorming van de neus moet opvallend en ernstig zijn.

Met betrekking tot een aantoonbare lichamelijke functiestoornis concludeert de ziektekostenverzekeraar dat door verzoeker niet wordt voldaan de hiervoor genoemde punten 1, 3, 4, 5 en 6. Tevens is bij verzoeker geen sprake van verminking. Om die reden is de aanvraag afgewezen.

- 5.3. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag niet had mogen afwijzen zonder de behandelend KNO-arts te raadplegen, geldt dat de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet deelt. In zijn brief van 20 juli 2023 merkt de ziektekostenverzekeraar hierover op dat "In een aantal uitspraken in kort geding is als ordemaatregel opgelegd dat de zorgverzekeraar contact diende op te nemen met de behandelend arts om zo hem/haar in staat te stellen mondeling een toelichting te geven en eventueel ontbrekende informatie te verstrekken. Een uitspraak in kort geding betreft echter een voorlopige voorziening, waar de rechter in een bodemprocedure zich niet aan hoeft te houden. Menzis heeft in een werkgroep van de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland vernomen dat er op dit moment verschillende bodemprocedures lopen waarin aan de bodemrechter wordt gevraagd een oordeel te geven over

het bestaan van de overlegplicht. Het is dus nog helemaal niet zeker dat een overlegplicht bestaat en dus kan niet worden gesteld dat dit uit jurisprudentie volgt."

Het voorgaande betekent overigens niet dat de ziektekostenverzekeraar in geen enkele situatie contact opneemt met de behandelend arts. Alleen als daar een concrete aanleiding voor bestaat zal de ziektekostenverzekeraar hiertoe overgaan. Het in alle gevallen contact opnemen met de behandelend arts zou een enorme administratieve lastenverzwaring met zich brengen. De uitspraak van het Hof Arnhem - Leeuwarden van 30 mei 2023 (ECLI:NL:GHARL:2023:4604) maakt dit niet anders.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoeker geen aanspraak heeft op een rhinoplastiek ten laste van de zorgverzekering. Dit, omdat de vereiste verzekeringsindicatie ontbreekt.
- 5.5. 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 21 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Dat een septumcorrectie wordt vergoed vanuit de basisverzekering is niet in geschil. De NOSE (Nasal obstruction symptom evaluation) score is maximaal. Dit past bij ernstige klachten. Daarnaast is sprake van een scheefstand van de neus met een objectieve septumdeviatie. De septumcorrectie kan in principe inwendig, maar ook uitwendig worden uitgevoerd (extracorporele benadering). Deze ingrepen worden zonder machtiging vergoed.

Stand van wetenschap en praktijk

Volgens de KNO-arts is sprake van een insufficiënte neusklep, waardoor een septumcorrectie alleen mechanisch niet mogelijk is en een rhinoplastiek noodzakelijk is. Om te beoordelen of deze ingreep kan worden vergoed uit de basisverzekering wordt de VAV werkwijzer als leidraad gebruikt. In de VAV werkwijzer is geconcludeerd dat voor het verminderen van een functiestoornis (neusobstructie) verschillende extern te benaderen rhinoplastiek technieken, zoals correctie van aanzuigende neusvleugels, het plaatsen van spreaders en kraakbeentransplantaties niet effectief zijn en niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een rhinoplastiek ter correctie van een insufficiënte neusklep bijvoorbeeld door middel van plaatsing van spreaders of kraakbeentransplantaties, voldoet dus niet aan de stand van de wetenschap en praktijk (vergoedingscriterium 6 van de VAV werkwijzer).

Overige voorwaarden

Verzoeker voldoet volgens [de] behandelaar aan voorwaarden 1 tot en met 6. Hierboven werd al aangegeven dat conform de VAV Werkwijzer de behandeling niet voldoet aan voorwaarde 6. Er lijkt wel te worden voldaan aan voorwaarden 1 en 2. Er lijkt sprake te zijn van een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan één jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad en waarvan de verzekerde dagelijks hinder ondervindt (voorwaarde 1). De ernst van de klachten is geobjectiveerd door middel van de NOSE Scale. Deze geeft op alle punten een maximale score (voorwaarde 2).

Er wordt niet voldaan aan de voorwaarden 3, 4 en 5. Op basis van de beschrijving van de KNO-arts en de aanwezige foto's in het dossier is er geen sprake van een duidelijke uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is. In de brief van de KNO-arts van 17 oktober 2022 staat dat er visueel een scheefstand van de neus is. Er is een benige hump en een kraakbenige hump, een geringe zadel. De neustip toont asymmetrie ten nadele van rechts. Bij de aanvraag zijn diverse aangezichtsfoto's vanuit verschillende hoeken van verzoeker toegevoegd. Hierop is inderdaad wel enige schuinstand van de neus te zien en er lijkt sprake van een prominente neus, maar hier is maar in geringe mate

sprake van. Uit de stukken volgt dus niet dat sprake is van een duidelijke uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is (voorwaarde 3). Nu een dergelijke afwijking niet als oorzaak is aangewezen wordt in de verdere motivering van de KNO-arts ook niet voldaan aan de voorwaarden 4 en 5.

Uit het voorgaande volgt dat voor wat betreft de aangevraagde rhinoplastiek geldt dat uit de beschikbare informatie niet blijkt dat sprake is van een duidelijke uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is. Er is niet voldaan aan de indicatievoorwaarden 3, 4 en 5 van de VAV werkwijzer. Voor de door de KNO-arts genoemde insufficiënte neusklep geldt dat de voorgestelde rhinoplastiek ter correctie hiervan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, indicatievoorwaarde 6 van de VAV werkwijzer.

Conclusie

Voor wat betreft de aangevraagde rhinoplastiek geldt dat niet is voldaan aan de indicatievoorwaarden 3, 4, 5 en 6 van de VAV werkwijzer. De aangevraagde rhinoplastiek komt derhalve niet voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De aangevraagde rhinoplastiek behoort niet tot het basispakket en komt niet voor vergoeding in aanmerking. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van deze behandeling ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

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

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg, de stand van de wetenschap en praktijk, en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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. De behandelend KNO-arts heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een in- en uitwendige neuscorrectie (septorhinoplastiek). Volgens vaste jurisprudentie van de commissie is de ingediende aanvraag leidend en moet worden beoordeeld of deze terecht is afgewezen. Naar de commissie begrijpt, wordt de noodzaak van de inwendige neuscorrectie (septumcorrectie) door de ziektekostenverzekeraar niet betwist, is deze ingreep machtigingsvrij, en worden de hiermee gemoeide kosten vergoed ten laste van de zorgverzekering. Volgens verzoeker zal bij hem alleen een inwendige neuscorrectie worden uitgevoerd, maar is een benadering vanaf de buitenkant van de neus hiervoor noodzakelijk. Een dergelijke extracorporele septumcorrectie (diagnosecode 32) is eveneens machtigingsvrij en hoeft niet bij de ziektekostenverzekeraar te worden aangevraagd. De behandelend KNO-arts heeft echter wél een aanvraag gedaan en in dat kader diagnosecode 33 vermeld. De commissie concludeert op basis hiervan dat het niet gaat om een extracorporele septumcorrectie, maar om een rhinoplastiek (uitwendige neuscorrectie).

- 8.3. Als reden voor de rhinoplastiek is door de KNO-arts een insufficiënte neusklep vermeld. Uit het advies van het Zorginstituut van 21 augustus 2023 blijkt dat die behandeling niet tot de aanspraken op grond van de zorgverzekering behoort. Dit omdat de Werkgroep Plastische Chirurgie van de VAV na onderzoek heeft geconcludeerd dat voor het verminderen van een functiestoornis (neusobstructie) verschillende extern te benaderen rhinoplastiek technieken zoals correctie van aanzuigende neusvleugels, het plaatsen van spreaders en kraakbeentransplantaties niet effectief zijn en niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt die conclusie over.
- 8.4. Een rhinoplastiek kan ook aan de orde zijn in geval van verminking. Dit volgt uit artikel 2.4 Bzv. Het bepaalde op de pagina's 42 en 43 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Uit de aanvraag blijkt evenwel niet dat op deze verzekeringsindicatie een beroep wordt gedaan. Dit leidt tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde septorhinoplastiek ten laste van de zorgverzekering.
- 8.5. De commissie gaat voorbij aan de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar, met zijn beslissing, op de stoel van de arts gaat zitten. Of een verzekerde redelijkerwijs op de zorg of een andere dienst is aangewezen is in de eerste plaats ter beoordeling van de behandelaar. Hieraan gaat echter vooraf de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Dit wordt bepaald door de criteria 'plegen te bieden' en 'conform de stand van de wetenschap en praktijk'. Daarnaast kunnen door de wetgever specifieke uitsluitingen zijn opgenomen. Het is aan de zorgverzekeraar te beoordelen of aan genoemde criteria is voldaan en of geen uitsluiting van toepassing is. In dit geval werd door de behandelend KNO-arts een aanvraag gedaan voor een behandeling die geen betrekking had op een extracorporele septumcorrectie waarvoor derhalve een machtiging van de ziektekostenverzekeraar nodig was. Hiervoor is uiteengezet en geconcludeerd dat een uit te voeren rhinoplastiek in verband met een insufficiënte neusklep geen verzekerde zorg is op grond van de zorgverzekering is. Het valt niet in te zien, zonder nadere toelichting die ontbreekt, welke toegevoegde waarde een gesprek hierover van de ziektekostenverzekeraar met de behandelend KNO-arts zou kunnen hebben.

Slotsom

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

Zeist, 16 november 2023,

A.I.M. van Mierlo

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, 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.

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.

De Menzis Zorgvinder

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Menzis Zorgvinder', op menzis.nl/zorgvinder.

Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

Overeengekomen volume (omzetplafond)

Als Menzis een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder kan het zijn dat er een afspraak is gemaakt over een maximaal volume (omzetplafond). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder u niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. De zorgaanbieder, of Menzis, helpt u dan een andere zorgaanbieder te vinden die u wél kan behandelen. Als er met een zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt over het volume (omzetplafonds), staat dat in de Zorgvinder aangegeven. Bent u al in behandeling als de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat

Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslapte bovenoogleden, 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,
- 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,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslapte 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 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. 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 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 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 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: