



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De erven van mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de C te B, tegen Menzis N.V. te Wageningen en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Hulpmiddelenzorg, incontinentiemateriaal, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onderdeel d, en 2.11 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 201902556
Zittingsdatum : 20 mei 2020

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

1. Partijen

De erven van mevrouw A te B, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door de heer C te B, hierna te noemen: verzoeker

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 7 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 maart 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 maart 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 14 april 2020 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020014216) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 15 april 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop schriftelijk te reageren.
- 2.4. Op 6 mei 2020 en 8 mei 2020 heeft verzoekster gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 12 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 4 juni 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 17 juni 2020 heeft het Zorginstituut een definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 juni 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Beide partijen hebben kenbaar gemaakt van deze gelegenheid geen gebruik te willen maken.
- 2.7. Op 17 juni 2020 is verzekerde overleden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzekerde had na een darmoperatie in 2016 steeds minder controle over haar ontlasting. Daarom was zij aangewezen op incontinentiemateriaal. Gelet op de aanwezigheid van aambeien, wondjes en smetplekken op het onderlichaam was het van belang dit zo schoon en zo droog mogelijk te houden. Verzekerde nam het incontinentiemateriaal af bij een apotheek die door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Verzekerde keeg het incontinentiemateriaal geleverd volgens incontinentieprofiel 6.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft per brief van 17 september 2019 aan verzekerde meegedeeld dat de incontinentieverpleegkundige die bij de apotheek in dienst is, bepaalt welk incontinentieprofiel in geval van verzekerde passend is.
- 3.4. Verzekerde heeft van de apotheek vernomen dat het incontinentiemateriaal boven een bepaalde limiet niet wordt vergoed. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar op 12 augustus 2019 verzocht in haar geval geen limiet te hanteren.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft haar verzoek op 17 september 2019 afgewezen.
- 3.6. Op 14 april 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...)In de brief van 17 september 2019 schrijft verweerder dat verzoekster [lees: verzekerde] de leverancier kan vragen om een herbeoordeling. Bij de voorliggende stukken ontbreekt informatie over een eventuele herbeoordeling.

Overigens ontbreekt ook nadere medische informatie over zowel de urine-incontinentie als de incontinentie van feces bij de voorliggende stukken. Of de incontinentie oorzaken heeft die mogelijk behandelbaar zijn, en wat precies het incontinentiepatroon is, wordt uit de voorliggende informatie niet duidelijk. Om een goede beoordeling te kunnen maken, zou dit nader verhelderd (onderzocht) moeten worden.

Volgens verweerder is de vochtintake van verzoekster 1 liter per 24 uur. Aangenomen mag worden dat, bij deze vochtintake, het verstrekte incontinentiemateriaal dusdanig absorberend is dat verzoekster hiermee uit zou moeten komen. Echter de hoeveelheid vocht, afkomstig uit voedsel, is kennelijk niet meegenomen. Ook is niet duidelijk wat het ontlastingspatroon is: in geval incontinentie van feces frequent of doorlopend optreedt zal meer incontinentiemateriaal per dag nodig zijn dan wanneer dit eenmaal of minder per dag optreedt.

Verder gaat verweerder in de afwijzing niet in op de door de echtgenoot aangedragen motivering, dat de door verweerder beoogde verstrekking gevolgen heeft voor de smetplekken en wonden van verzoekster.

Dat patiëntprofiel 7 niet van toepassing is lijkt aannemelijk: uit de voorliggende informatie is op te maken dat verzoekster (waarschijnlijk) niet volledig afhankelijk is van zorg van anderen en dat zij niet een aandoening heeft die zou maken dat zij in patiëntprofiel 7 zou passen. Echter bij zorgprofiel 6 zou ook verstrekking van meer incontinentiemateriaal mogelijk moeten zijn indien dit medisch gezien noodzakelijk is. Er wordt aangegeven dat 4 tot 5 stuks incontinentiemateriaal per dag als richtlijn wordt gesteld. Van een richtlijn kan onderbouwd worden afgeweken.

In de gevonden documentatie over patiëntprofielen valt op dat bij incontinentie voorkomende problemen als smetplekken, wonden (dermatitis) en (dreigende) decubitus niet genoemd worden. Uit de voorliggende informatie is op te maken dat dit een probleem is dat bij verzoekster speelt. Nader onderzocht zou moeten worden, bijvoorbeeld door het meewegen van relevante medische informatie over de huidproblemen van verzoekster, in combinatie met de eigenschappen (programma van eisen) van het incontinentiemateriaal, of verzoekster al dan niet met de door verweerder beoogde hoeveelheid incontinentiemateriaal uitkomt.

Advies van het Zorginstituut

Gelet op al het voorgaande adviseert het Zorginstituut u nader onderzoek te laten verrichten met inachtneming van het vorenstaande. (...)"

- 3.7. Op 17 juni 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) Op basis van de voorliggende informatie kan geconcludeerd worden dat voor verzoekster [lees: verzekerde] in ieder geval in de periode van medio 2019 tot 11 mei 2020 het aantal van 4-5 stuks incontinentiemateriaal niet adequaat was, gezien het urineverlies en de bestaande huidproblemen. Het aantal van 4-5 stuks per dag was niet toereikend, ondanks de hoge absorptie. Het verstrekte incontinentiemateriaal had mogelijk inderdaad vervangen kunnen worden door meer stuks van minder absorberend materiaal.

Aanvankelijk was verweerder van mening dat, na ontvangst van de aanvullende informatie, medisch gezien voldoende was onderbouwd om af te wijken van het aantal stuks dat volgens het protocol wordt geleverd. In de email van 14 mei 2020 stelt verweerder echter dat deze beoordeling is gedaan op onjuiste informatie. De stelling van de verweerder dat sprake was van onjuiste informatie, is niet juist. In de brief van de medisch specialist, naar aanleiding van de ziekenhuisopname in juli 2019, is immers gemotiveerd aangegeven dat het plaatsen van een katheter destijds onmogelijk was. Dat de huisarts op een veel later tijdstip constateerde dat dit inmiddels wel mogelijk was en op 11 mei 2020 een blaaskatheter plaatste, doet hier niet aan af. Daarbij is het de vraag of verzoekster blijvend een blaaskatheter moet gebruiken of dat het een tijdelijke oplossing is om de huid te doen herstellen, en incontinentiemateriaal niet toch de voorkeur verdient (gezien de risico's van verblijfskatheters op urineweginfectie).

(...)

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie uit het dossier, de aanvullende stukken en het verslag van de hoorzitting kan geconcludeerd worden dat verzoekster in de periode van medio 2019 tot 11 mei 2020 redelijkerwijs aangewezen was op meer incontinentiemateriaal. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de daadwerkelijke kosten die verzekerde voor het gebruik van incontinentiemateriaal heeft gemaakt, moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op incontinentiemateriaal zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Op pagina 29 e.v. van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak heeft op hulpmiddelenzorg. In het Verzekeringsreglement van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is deze aanspraak nader uitgewerkt. Op pagina 21 van het reglement staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op incontinentiemateriaal. Dit onderdeel van het reglement is gebaseerd op artikel 2.6, onderdeel d, en artikel 2.11 Rzv. Daarnaast heeft een verzekerde slechts aanspraak op een bepaalde vorm van zorg als hij hierop redelijkerwijs is aangewezen en als de zorg doelmatig is. Dit is opgenomen op pagina 6 van de zorgverzekering.
- 6.3. Verzoeker heeft een berekening gemaakt, waaruit volgt dat verzekerde gemiddeld 8,75 inleggers per dag gebruikte. Op grond van incontinentieprofiel 6 kreeg verzekerde een pak van 20 stuks geleverd, waar zij een week mee moet doen. Dit komt neer op 3,56 inleggers per dag. Dat is te weinig, hetgeen ook wordt bevestigd door de huisarts. Het onderlichaam van verzekerde raakte namelijk ontstoken door de continue aanraking met urine. Daarnaast ervaaarde zij pijnklachten als gevolg van een bloedende aambeij bij de anus. Verzekerde probeerde het onderlichaam zo goed mogelijk droog en schoon te houden. Zij ontving hiervoor tweemaal daags hulp van de wijkverpleegkundige. Verzekerde beschikte weliswaar over een speciaal toilet met spoel- en drooginrichting, maar dat mocht niet baten. Het effect was onvoldoende, waardoor het noodzakelijk was het incontinentiemateriaal vaker te verwisselen. De verpleegkundige die in dienst is van de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde apotheek weigert echter een hoger profiel vast te stellen. Verzoeker begrijpt dat de apotheek volgens de instructies van de ziektekostenverzekeraar handelt en dus niet anders kan. De ziektekostenverzekeraar stelt van zijn kant echter dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor het vaststellen van het profiel. Beide partijen blijven dus naar elkaar wijzen. Als gevolg hiervan leidde verzekerde schade, omdat zij een deel van het incontinentiemateriaal voor eigen rekening moest aanschaffen.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij handelt volgens de 'Module Continentie Hulpmiddelen', waarnaar wordt verwezen in het reglement. Op grond van deze module worden bepaalde incontinentieprofielen vastgesteld, waaruit volgt op welke hoeveelheid incontinentiemateriaal iemand redelijkerwijs is aangewezen. Het is de verantwoordelijkheid van een incontinentieverpleegkundige vast te stellen welk profiel het meest passend is in de specifieke situatie van een verzekerde. De incontinentieverpleegkundige heeft profiel 6 vastgesteld bij verzekerde. Op basis van dit profiel bestaat aanspraak op 4,5 stuks incontinentiemateriaal per dag. Naar aanleiding van het voorlopig advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht heeft de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek gedaan. In dit verband heeft hij aanvullende informatie opgevraagd en ontvangen van de huisarts, wijkverpleegkundige en de wondverpleegkundige van verzekerde. Hieruit is onder ander af te leiden dat bij verzekerde een katheter is geplaatst op 11 mei 2020 en dat zij om die reden redelijkerwijs niet was aangewezen op incontinentiemateriaal. Bovendien bleek uit eerdere verklaringen dat het plaatsen van een katheter niet mogelijk was. Nu achteraf blijkt dat dit wél tot de mogelijkheden behoort, betwijfelt de ziektekostenverzekeraar of een medische noodzaak bestond voor de levering van meer incontinentiemateriaal in de periode vóór 11 mei 2020.
- 6.5. De commissie overweegt dat de behandelend arts na de ziekenhuisopname in juli 2019 heeft onderbouwd waarom het plaatsen van een katheter bij verzekerde op dat moment medisch niet verantwoord was. Dat dit op een gegeven moment wél mogelijk bleek, namelijk vanaf 11 mei 2020, betekent dat verzekerde tot die tijd redelijkerwijs was aangewezen op incontinentiemateriaal. Partijen verschillen van mening over de hoeveelheid materiaal waarop verzekerde redelijkerwijs was aangewezen. Hierbij geldt dat alleen in geval van een bijzondere individuele zorgvraag kan worden afgeweken van de genormeerde aantallen incontinentiemateriaal die in het reglement zijn genoemd. Dit is opgenomen op pagina 31 van de zorgverzekering. Het ligt op de weg van verzoeker aan te tonen dat verzekerde redelijkerwijs niet uit kon komen met het incontinentiemateriaal dat aan haar werd verstrekt.

- 6.6. Het Zorginstituut heeft de aanvullende medische informatie die door partijen is overgelegd bestudeerd en deze samengevat in het definitief advies van 17 juni 2020. Hierin overweegt het Zorginstituut dat uit de informatie van de wondverpleegkundige en de wijkverpleegkundige van 6 mei 2020 blijkt dat verzekerde redelijkerwijs niet kon uitkomen met 4 tot 5 stuks incontinentiemateriaal per dag. Met name door hartfalen en COPD kon verzekerde niet op tijd bij het toilet komen en was het materiaal al verzadigd bij aankomst. Verzekerde verloor urine wanneer zij opstond en er was sprake van incontinentie van ontlasting. De verpleegkundigen geven aan dat verzekerde te weinig materialen voorradig had, waardoor zij langer rondliep met verzadigd incontinentiemateriaal. Hierdoor verslechterde de huidsituatie nog meer en had de behandeling van de dermatitis en de smetplekken onvoldoende effect. Verder blijkt uit de herbeoordeling van het gebruik van incontinentiemateriaal die is opgesteld naar aanleiding van een gesprek met verzekerde op 18 februari 2020 het volgende. Uit de antwoorden op de vragen over urine-incontinentie komt naar voren dat verzekerde 1 tot 1,5 liter per dag drinkt, dat zij zowel overdag als 's nachts urine verloor, dat zij gemiddeld 13 keer per dag naar het toilet ging en dat zij het toilet niet op tijd bereikte. Per keer verloor zij de gehele blaasinhoud; de reden dat zij het materiaal verwisselde was dat het verzadigd was. Het gebruikte materiaal was Absorin Comfort Sannette Night (met een absorptievermogen 2600 ml) 4-5 per dag. In de vragenlijst heeft verzekerde aangegeven dat zij ontevreden was over het huidig gebruik en aangegeven omhoog te willen in absorptie. Overigens heeft verzoekster beschreven welke klachten zij ondervond aan het onderlichaam als zij het incontinentiemateriaal niet regelmatig verschoonde. Door haar is tevens beschreven welke maatregelen waren genomen om de hygiëne te optimaliseren. Dat dit niet het gewenste resultaat opleverde en tot huidproblemen leidde, wordt bevestigd door de huisarts van verzekerde.
- 6.7. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn verweer niet specifiek is ingegaan op de hiervoor beschreven omstandigheden. Hij heeft slechts aangevoerd dat het vastgestelde incontinentieprofiel aansluit bij de vochtinname van verzekerde en dat geen medisch noodzaak bestond voor het leveren van meer incontinentiemateriaal, met name omdat mogelijk een katheter kon worden geplaatst. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar de argumenten van verzoeker en de verklaringen van de betrokken zorgverleners onvoldoende weerlegd.
- 6.8. Ten aanzien van de hoeveelheid incontinentiemateriaal waarop verzekerde redelijkerwijs was aangewezen, overweegt de commissie het volgende. Verzoeker heeft aan de hand van een berekening toegelicht dat verzekerde gemiddeld 8,75 inleggers per dag gebruikte. Dit aantal komt de commissie niet vreemd voor. Met name gelet op de verklaring van de betrokken verpleegkundigen, waaruit blijkt dat verzekerde gemiddeld 13 keer per dag naar het toilet moest, maar zij dit niet altijd haalde. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar de berekening van verzoeker niet gemotiveerd bestreden. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het incontinentiemateriaal die verzekerde heeft gemaakt tot 11 mei 2020 te vergoeden, voor zover het aantal van 8,75 stuks per dag niet wordt overschreden.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) De ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten voor incontinentiemateriaal die verzekerde heeft gemaakt tot 11 mei 2020 te vergoeden tot een maximum van 8,75 stuks per dag;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- (iii) hetgeen meer of anders is gevorderd door verzoeker wordt afgewezen.



Zeist, 23 juli 2020



G.R.J. de Groot



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Incontinentie – absorptiematerialen

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts, continëntieverpleegkundige of verpleegkundig specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Genormeerd aantal: • eenmalig te gebruiken inlegluiers en/of luiers: maximaal 455 stuks per kwartaal • wasbare inlegluiers of luiers: maximaal 5 stuks per jaar • wegwerpfixatiebroeken: maximaal 20 stuks per jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	Module Continentie Hulpmiddelen zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut (ZiNL)	
Bijzonderheden	Er bestaat geen aanspraak op incontinentie - absorptiematerialen als er sprake is van: • kortdurende incontinentie, of • enuresis nocturna (bedplassen)	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd dagtarief

Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingsstelsel

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.12

Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd en hals

	Gecontracteerde zorgaanbieder	Niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Eigendom of bruikleen	Eigendom	
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Ja	
Toelichting door	Behandelend medisch specialist	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	• Confectie pols/handorthese: minimaal 1 jaar • Orthese bij kinderen: minimaal 1 jaar • Overige orthesen: minimaal 2 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH*-gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Orthopedische Instrumentmakerijen'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

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. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

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 redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per

Verwijzing gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

U heeft alleen recht op gecombineerde leefstijlinterventie als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts of medisch specialist heeft.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt 1 van deze zorgaanbieders kiezen. Via de zoekterm Huisartsenzorg of Eerstelijns Diagnostiek vindt u op menzis.nl/zorgvinder een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst voor de desbetreffende zorg hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

'Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel'. Hier vallen o.a. diabetestestmaterialen onder.

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij Menzis. Menzis zal uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op menzis.nl. Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een hulpmiddel naar een leverancier van hulpmiddelen gaan. Menzis heeft voor de verschillende hulpmiddelen leveranciers gecontracteerd. U kunt uit deze leveranciers kiezen.

Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Als u kiest voor een leverancier die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. Als u voor een hulpmiddel naar een door Menzis niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze leverancier soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel lezen in het Verzekeringsreglement.

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van Menzis nodig is. Het kan hierbij gaan om een 1^e verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van Menzis voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of Menzis u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar Menzis.

Let op

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met Menzis, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeld u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met Menzis geen overeenkomst heeft.
- Als u een 2^e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor voorafgaande toestemming van Menzis nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw verpleegkundig specialist een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelen-aanvraagformulier vindt u op znformulieren.nl. Meer informatie kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.
- Als Menzis maar 1 leverancier voor een bepaald hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan Menzis de toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

Gebruik hulpmiddel

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan Menzis de kosten hiervan op u verhalen.

Let op

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.

- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet-klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst.

In-vitrofertilisatie (IVF)

IVF en ICSI zijn vruchtbaarheidsbehandelingen. In vitro fertilisatie (IVF) betekent ‘in glas bevruchting’ en wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. ICSI staat voor intracytoplasmatische sperma-injectie. De bevruchting van de vrouwelijke eicel door een mannelijke zaadcel vindt bij deze behandelingen kunstmatig plaats. IVF-behandeling heeft in het kader van *stepped care* een eigen plaats. Bij de keuze van de behandeling wordt rekening gehouden met de effectiviteit, de intensiteit van deze behandeling voor paren, de risico’s en de kosten.

Welke zorg

Waar u precies recht op heeft, hangt af van uw leeftijd. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Jonger dan 38 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Voor de 1^e en 2^e poging IVF per te realiseren zwangerschap geldt dat u daarop alleen recht heeft als er maximaal 1 embryo wordt teruggeplaatst. Bij de 3^e poging mogen maximaal 2 embryo’s per keer worden teruggeplaatst.

38 jaar tot en met 42 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Bij elke poging mogen maximaal 2 embryo’s per keer worden teruggeplaatst.

i Let op

- U heeft geen recht op IVF als u 43 jaar of ouder bent. U heeft wel recht op IVF voor zover het een poging IVF betreft die reeds is aangevangen voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel, zijn geen verzekerde zorg. Ook de niet-medische kosten van spermadonatie zijn geen verzekerde zorg. Dit zijn onder andere de aanschafkosten en de kosten van vervoer van het sperma.
- IVF- en ICSI-behandelingen die door een andere zorgverzekeraar zijn vergoed, tellen mee voor het totaal aantal behandelingen.
- Assisted Hatching is geen behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk en wordt dus niet vergoed.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor IVF naar een IVF-centrum met de daarvoor wettelijk vereiste vergunningen. Menzis heeft IVF-centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u via de