

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 : EU/EER, België, medisch specialistische zorg, nervus hypoglossus stimulatie, stand wetenschap en praktijk, coulance
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv
Zaaknummer : 202200533
Zittingsdatum : 2 november 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, 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. Verzoekster heeft bij brief van 24 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 25 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 5 september 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022034926) aan de commissie meegedeeld in dezen geen adviesbevoegdheid te hebben. Een kopie hiervan is op 6 september 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 november 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 november 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 14 november 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 500 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster kampt met longemfyseem en OSAS (obstructief slaapapneu syndroom) met als gevolg verschillende klachten. Voor de slaapapneu heeft verzoekster eerst een Continuus

Positive Airway Pressure (CPAP)-apparaat kregen en later, toen dit niet bleek te werken, is een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA)-beugel aangemeten. Omdat verzoekster ook van de MRA-beugel klachten kreeg, is zij op zoek gegaan naar een alternatief. Uiteindelijk is verzoekster uitgekomen bij de nervus hypoglossus stimulatie. Deze behandeling wordt uitgevoerd in het UZ Antwerpen, België.

- 3.3. In de begroting van 15 december 2021 heeft het UZ Antwerpen vermeld dat de kosten van de implantaten ten laste van het UZA Innovatiefonds worden vergoed. De kosten verbonden aan de opname en operatie komen voor rekening van verzoekster. Begin 2022 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht deze kosten te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 15 februari 2022 meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 25 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 5 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster stelt dat het CPAP-apparaat en de MRA-beugel in haar geval geen uitkomst bieden. Van het CPAP-apparaat gaat de binnenkant van haar neus kapot en zij zet het apparaat 's nachts onbedoeld uit. Ook van de MRA-beugel ervaart zij klachten. Zo raakt het tandvlees beschadigd en bij gebruik moet haar gebitsprothese uit, wat niet fijn is. Vanwege deze problemen is verzoekster op zoek gegaan naar een alternatief. Dit heeft zij gevonden in het UZ Antwerpen. De kosten van het noodzakelijke verblijf aldaar en van de behandeling voor het aanbrengen van de Inspire upper airway stimulator bedragen totaal € 2.796,- en deze zijn voor haar rekening. Verzoekster is ervan op de hoogte dat zij niet aan de door het Zorginstituut genoemde voorwaarden voldoet. Om die reden heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten uit coulance te vergoeden. Ondanks het feit dat verzoekster weet dat iemand anders van de ziektekostenverzekeraar wél een vergoeding heeft ontvangen, blijft de ziektekostenverzekeraar haar verzoeken daartoe afwijzen. Overigens vermeldt verzoekster dat er in de afgelopen 5 jaar al zo'n 50 goedkeuringen (en dus vergoedingen) door diverse zorgverzekeraars van OSAS-patiënten zijn verstrekt voor opname en operatie in het UZ te Antwerpen.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat het voor haar nog steeds niet duidelijk is waarom de ziektekostenverzekeraar het verzoek om toekenning van een coulancevergoeding niet honoreert. Niet alleen omdat het verzoekster bekend is dat meerdere zorgverzekeraars de kosten van de opname en operatie uit coulance hebben vergoed, maar ook omdat als het implantaat bij verzoekster niet wordt geplaatst, zij veel ernstiger gezondheidsklachten krijgt. Dit brengt veel hogere zorgkosten met zich dan indien de ziektekostenverzekeraar nu besluit om de kosten van de opname en de operatie in Antwerpen te vergoeden.
- 4.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat om voor vergoeding van de kosten van nervus hypoglossus stimulatie in aanmerking te komen, sprake moet zijn van een AHI (Apneu Hypopneu Index) tussen de 30 en 50. Verzoekster heeft een AHI van 21. Bij deze waarde voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan afgewezen.

Verzoekster heeft daarnaast een beroep gedaan op coulance. Met betrekking hiertoe geldt dat door de commissie op 15 oktober 2020 bij bindend advies in een soortgelijke situatie het verzoek is afgewezen. Voordat de commissie deze uitspraak deed heeft de ziektekostenverzekeraar op 25 februari 2020 een keer besloten een coulancevergoeding te verlenen. Na voornoemd bindend advies heeft de ziektekostenverzekeraar in dit kader echter geen coulance meer toegepast. Dat destijds tot vergoeding is besloten, betekent niet dat ook alle volgende verzoeken om coulance moeten worden gehonoreerd.

Overigens stelt de ziektekostenverzekeraar dat het onmogelijk is om de specifieke gegevens uit de geanonimiseerde brief met betrekking tot de eerdere coulancregeling te gebruiken, omdat die gegevens zijn verwijderd overeenkomstig de privacyregels. Bovendien zou hij de gegevens, ook als die er nog wel waren, niet mogen raadplegen omdat daarvoor vanuit de privacy regelgeving geen grondslag is.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat van een coulancebeleid op dit punt geen sprake is (geweest). Slechts in één situatie, die zich voordeed vóór het bindend advies van de commissie van 15 oktober 2020, is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot een coulancevergoeding.

- 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 5 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 29 augustus 2022 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoekster en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.

Het geschil gaat over de vergoeding van nervus hypoglossus stimulatie. Het geschil betreft de vraag of verweerder een deel van deze zorg op basis van coulance dient te vergoeden. 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 verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Partijen zijn beide van mening dat geen aanspraak bestaat op grond van de basisverzekering en verzoekster heeft een coulanceverzoek gedaan. 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. 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk 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.

- 8.2. De commissie constateert dat partijen niet erover verdeeld zijn dat de kosten van nervus hypoglossus stimulatie in de situatie van verzoekster niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. In geschil is uitsluitend of de ziektekostenverzekeraar de kosten van de operatie en opname, die niet ten laste van het UZA Innovatiefonds komen, uit coulance moet vergoeden.

Coulance

- 8.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van de nervus hypoglossus stimulatie, voor zover deze niet ten laste van het UZA Innovatiefonds komen, onverplicht, dat wil zeggen in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, te vergoeden. Hierbij heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in het verleden de kosten van deze behandeling aan een andere verzekerde heeft vergoed. Ter onderbouwing heeft verzoekster de desbetreffende, geanonimiseerde bevestigingsbrief van 25 februari 2020 overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat hij destijds een coulancevergoeding heeft verleend. Hij heeft hieraan toegevoegd dat dit eenmalig was en dat hij na de uitspraak van de commissie van 15 oktober 2020 in een soortgelijke situatie geen coulance meer heeft toegepast in dit kader.
- De commissie merkt in algemene zin op dat een verzekeraar niet kan worden verplicht tot het doen van een coulancevergoeding. Het toepassen van coulance is in beginsel voorbehouden aan de verzekeraar. Dat verzoekster mogelijk in de toekomst hogere zorgkosten krijgt, maakt dit niet anders. De enige uitzondering is als de verzekeraar een beleid voert om de desbetreffende kosten toch te vergoeden dan wel in een meerderheid van gelijke gevallen wél een coulancevergoeding heeft toegekend. Dat de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij de kosten van een nervus hypoglossus stimulatie uit coulance worden vergoed is, als gezegd, zijnerzijds gemotiveerd weersproken.
- Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat de ziektekostenverzekeraar in meer situaties een coulancevergoeding heeft verleend, maar zij heeft dit verder niet onderbouwd. Ook anderszins is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar een beleid voert of heeft gevoerd waarbij de kosten van een nervus hypoglossus stimulatie uit coulance worden vergoed, en dat hiervan ten nadele van verzoekster door hem is afgeweken.
- Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet door de commissie kan worden verplicht tot het verlenen van een coulancevergoeding.

Slotsom

- 8.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 december 2022,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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

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