Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501869

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft bij brief van 13 april 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 april 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

1.2. Bij brief van 13 juli 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 juli 2026 aan verzoeker gestuurd.

1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 30 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was in 2025 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij.

2.2. Verzoeker heeft op 3 september 2025 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een rugoperatie, uit te voeren in Duitsland.

2.3. Bij brief van 4 september 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

2.4. Op 19 september 2025 heeft verzoeker de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 25 september 2025 is de rugoperatie op niveau L4/L5 rechts in Duitsland uitgevoerd. Bij brief van 4 november 2026 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de in Duitsland in 2025 uitgevoerde rugoperatie op niveau L4/L5 rechts te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij brief van 13 april 2026 gesteld dat sprake is van een doorlopend medisch specialistisch behandeltraject, waardoor geen nieuwe verwijzing vereist was. De behandelend neuroloog heeft bevestigd dat verzoeker vanaf 4 augustus 2023 tot en met 25 september 2025 doorlopend onder behandeling is geweest voor klachten aan de lumbale wervelkolom. In deze periode hebben meerdere behandelingen en controles plaatsgevonden, waaronder de primaire operatie en revisieoperatie in 2023, controles en medische beoordeling in 2024, en een MRI-onderzoek, periradiculaire therapie, en de uiteindelijke operatie in 2025. Deze behandelingen zien op dezelfde onderliggende aandoening en vormen één behandeltraject.

3.3. Op grond van de artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet heeft een verzekerde aanspraak op medisch noodzakelijke zorg conform de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Artikel 13 van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zij het mogelijk beperkt in hoogte. De Zorgverzekeringswet stelt geen zelfstandige eis dat bij voortzetting van zorg binnen hetzelfde behandeltraject steeds opnieuw een verwijzing moet worden verkregen. Volgens de landelijke verwijsafspraken tussen huisarts en medisch specialist geldt dat geen nieuwe verwijzing nodig is zolang de behandeling niet is afgerond en de patiënt niet is terugverwezen naar de huisarts. In dit geval was de behandeling niet afgerond, is verzoeker niet structureel terugverwezen naar de huisarts, bleven de klachten bestaan en namen deze zelfs toe. Hieruit volgt dat geen nieuwe verwijzing was vereist. De zorgverzekeraar stelt dat geen sprake is van doorlopende zorg, omdat verzoeker niet continu onder controle zou zijn geweest. Deze redenering is onjuist, omdat de medische zorg bij rugklachten episodisch verloopt, er wel degelijk meerdere behandelmomenten en controles zijn geweest, en de behandelend arts expliciet heeft bevestigd dat sprake is van een doorlopend behandeltraject. Daarnaast geldt dat recidiefklachten binnen dezelfde aandoening niet automatisch een nieuwe zorgvraag vormen.

3.4. Volgens vaste jurisprudentie van het Europese Hof mogen lidstaten voorwaarden stellen aan de vergoeding van zorg in het buitenland. Deze voorwaarden mogen echter geen ongerechtvaardigde belemmering vormen en niet disproportioneel zijn. Verzoeker verwijst hierbij naar het arrest Smits en Peerbooms van het Europese Hof. In zijn geval was de behandeling medisch noodzakelijk, is de zorg gebruikelijk en effectief, en is de voorwaarde van een nieuwe verwijzing een formele eis. Deze vormt een disproportionele beperking van het recht op grensoverschrijdende zorg zoals bedoeld in artikel 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

3.5. Op grond van artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek moeten contractuele bepalingen worden toegepast volgens de redelijkheid en billijkheid. In het geval van verzoeker leidt de afwijzing op basis van een formeel vereiste tot een onredelijke uitkomst, gelet op de ernst van de klachten, het risico op blijvend zenuwletsel, het falen van eerdere behandelingen en de medische noodzaak van de ingreep.
De medische noodzaak van de operatie is vastgesteld door de behandelend medisch specialist. Deze noodzaak volgt uit de aanhoudende en verergerende klachten, uitvalsverschijnselen en onvoldoende effect van conservatieve behandelingen. De behandeling voldoet daarmee aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' zoals bedoeld in het Besluit zorgverzekering.

3.6. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij in 2023 zoveel last kreeg van zijn rug dat hij niets meer kon doen. Destijds kon hij nergens snel terecht. Via zijn oude verzekeraar is hij toen bij de Procelsio kliniek terecht gekomen. Dat ging heel snel en verzoeker kon weer aan het werk. Na die operatie is een veelvoorkomende complicatie ontstaan. Dit veroorzaakte veel klachten. Er is opnieuw geopereerd in de kliniek in Duitsland. Na de tweede operatie was het niet mogelijk om goed te liggen. Hierdoor ging slapen bijna anderhalf jaar lang niet. Op dat moment was er nog steeds sprake van een behandeling bij de Procelsio kliniek in Duitsland. Er is opnieuw een consult geweest. Ook heeft de eigen huisarts pijnmedicatie voorgeschreven. Bij Stichting Rugzorg is

geprobeerd om de klachten te verhelpen door middel van injecties, maar dit bood geen oplossing. Hierbij is het advies van de Duitse arts van de Procelsio kliniek gevolgd. Tijdens een consult bij de St. Maartenskliniek werd gewezen naar de Duitse arts die de operatie heeft uitgevoerd. Dit was voorafgaand aan de MRI-scan bij de Procelsio kliniek. Er is altijd contact geweest met de Duitse arts en er is altijd sprake geweest van een behandeling in Duitsland. Er werd naar een zorgmogelijkheid in Nederland gezocht om te voorkomen dat er weer problemen zouden ontstaan als er na een operatie in Duitsland een behandeling in Nederland nodig was. De Duitse arts wilde nog een MRI-scan uitvoeren om te kijken wat de situatie was. Vervolgens is op 25 september 2025 een operatie uitgevoerd. Er zijn nog wat klachten aan de rug, maar slapen is weer mogelijk. Door de Procelsio kliniek werd gevraagd om een verwijzing. Ook de zorgverzekeraar vroeg om een verwijzing. Hiervoor is contact opgenomen met de huisarts, maar de huisarts gaf aan niet te kunnen verwijzen naar het buitenland. Er ging veel tijd overheen. Aangezien er al sprake was van een behandeling bij in Duitsland, is besloten om de operatie door te laten gaan. De vergoeding kon dan daarna worden geregeld. Volgens de zorgverzekeraar is niet de juiste route gevolgd. Het is belangrijk dat wordt beoordeeld of dit het geval is.
Het is niet zo dat de MRI-scan bij de Procelsio kliniek is gestart als vervolg op het consult bij de St. Maartenskliniek. Dat liep al. In de brief van de St. Maartenskliniek staat ook dat er tussentijds contact is geweest met de arts die heeft geopereerd. Omdat de klachten bleven, moest er onderzoek worden gedaan. De Duitse arts wilde weten waar de klachten vandaan kwamen en daarom is een MRI-scan uitgevoerd. Hieruit is gebleken dat de klachten kwamen door problemen op het niveau van de L4/L5.
Het zorgtraject bij de Duitse arts is nooit gestopt. Er is geen sprake van een nieuwe zorgvraag. In de tussentijd is wel zorg genoten in Nederland. Er is tussentijds contact geweest met de Duitse arts, maar dit blijkt niet uit de papieren.

4. Standpunt zorgverzekeraar

4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de in Duitsland genoten zorg. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief van 13 juli 2026 aangevoerd dat de aanvraag van 3 september 2025 een nieuwe zorgvraag bij de arts in Duitsland betreft. Het is geen doorlopende behandeling, zoals verzoeker stelt. Verzoeker werd in 2023 in Duitsland geopereerd. Die behandeling werd afgerond. Daarna is verzoeker onder behandeling gekomen bij Stichting Rugzorg Nederland en de Sint Maartenskliniek. In de verwijsbrief van de huisarts van 3 september 2025 staat ook dat verzoeker onder behandeling is bij Rugzorg en dat ze daar niet verder komen met de behandeling. De verwijsbrief werd op aandringen van verzoeker door de huisarts verstrekt. In artikel 21 van het document “Verwijsafspraken medisch-specialistische zorg” is bepaald dat de huisarts geen verwijsbrief meer mag sturen als de eerste afspraak bij de medisch specialist al heeft plaatsgevonden. De verwijzing dient vooraf te zijn gestuurd. Dit is vermoedelijk de reden dat de huisarts aangaf dat een dergelijke verwijsbrief normaal niet wordt verstrekt.

4.2. Uit de beschikbare stukken blijkt dat verzoeker, als gezegd, onder behandeling was bij Stichting Rugzorg Nederland. De laatste documentatie van een poliklinisch consult was op 21 augustus 2025, waarbij toen een controle van vier weken is afgesproken. Verzoeker geeft aan dat er in Duitsland sprake zou zijn van een ‘doorlopende zorgvraag’. In de brief van Procelsio Clinic wordt echter gesproken over status na operatie in augustus 2023. Sindsdien is verzoeker niet meer doorlopend onder controle in deze kliniek geweest. Er is sprake van een nieuwe zorgvraag (recidiefklachten). In het advies van de adviserend geneeskundige van de zorgverzekeraar staat ook dat het een nieuwe hernia betreft. Hiervoor was aldus een nieuwe verwijsbrief noodzakelijk.

4.3. Uit een brief van Procelsio Clinic blijkt dat verzoeker een MRI-scan liet maken op 11 juni 2025 in verband met klachten en dat op grond daarvan een nieuwe operatie werd geadviseerd. Verzoeker ging dus naar de arts in Duitsland voordat hij beschikte over een geldige verwijzing. De verwijzing van de huisarts volgde pas daarna, op 3 september 2025. In artikel 14, tweede lid, van de

Zorgverzekeringswet is het volgende bepaald: *"De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts"*. De zorgverzekeraar heeft dit geïmplementeerd in zijn verzekeringsovereenkomst, en onder "Medisch specialistische zorg" opgenomen dat alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg bestaat als de verzekerde een voorafgaande schriftelijke verwijzing heeft.

4.4. De zorgverzekeraar heeft verder gekeken naar de noodzaak en doelmatigheid van de zorg in Duitsland. Verzoeker was al onder behandeling voor pijnklachten, en het is niet duidelijk of hij redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen. Het betreft in ieder geval planbare zorg, en geen acute of spoedeisende zorg, zodat een voorafgaande verwijzing nodig en mogelijk was, en de eis met betrekking daartoe geen onnodige belemmering vormde.

4.5. Verzoeker doet een beroep op de redelijkheid en billijkheid zoals bedoeld in artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek. In het tweede lid van deze bepaling is opgenomen dat een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing is voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. Dit is echter niet het geval met betrekking tot de in de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen eis van een voorafgaande verwijzing. Zoals toegelicht, vloeit deze eis voort uit artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. Afwijking van een uit een wettelijke bepaling voortvloeiende voorwaarde is niet snel aan de orde, zoals ook blijkt uit het zogenoemde Bosentan-arrest van de Hoge Raad. In dit geval bestaat voor afwijking van de eis van een voorafgaande verwijzing ook geen grond. In verband met de door verzoeker aangehaalde uitspraak Smits en Peerbooms (C-157/99) merkt de zorgverzekeraar op dat niet is gesteld of gebleken dat een vergelijkbare operatie in Nederland bij een (gecontracteerde) behandelaar niet binnen redelijke termijn mogelijk was, terwijl verzoeker daar wel voor was verzekerd. De eis van een voorafgaande verwijzing werd bovendien in de wet opgenomen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

4.6. Verder heeft de zorgverzekeraar verwezen naar een bindend advies van de commissie van 1 juni 2026 (SKGZ202600081). Daar was in juridische zin dezelfde casus aan de orde en werd geoordeeld dat de zorgverzekeraar terecht de gevraagde vergoeding van kosten weigerde. De zorgverzekeraar sluit zich daarbij aan.

4.7. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat sprake is van een nieuwe zorgvraag. Wat er in het verleden is gebeurd, heeft de zorgverzekeraar niet ingezien. De zorgverzekeraar gaat ervan uit dat de behandeling liep via de St. Maartenskliniek met een doorverwijzing naar Stichting Rugzorg. In de wet staat dat er een voorafgaande verwijzing moet zijn en die was er niet. De zorgverzekeraar denkt dat de zorg bij de St. Maartenskliniek en Stichting Rugzorg te maken had met de restklachten na de eerste operatie. De medisch specialistische zorg die gaat over de in geschil zijnde operatie is gestart met het eerste consult bij de Duitse arts in 2025, waaruit vervolgens een MRI-scan in juni 2025 voortkwam. Daarmee is sprake van een nieuw zorgtraject. Een verwijzing van september 2025 is dan te laat. Verder wordt in de verwijzing van september 2025 geen zorgverlener genoemd waarnaar wordt verwezen.
Binnen de Zorgverzekeringswet geldt een poortwachtersfunctie. Een verwijzing is nodig voor de toegang tot medisch specialistische zorg en voor de start van een traject. De zorgverzekeraar zag alleen dat verzoeker zorg had genoten bij Stichting Rugzorg en de St. Maartenskliniek. De Duitse arts was niet in beeld. De zorgverzekeraar gaat uit van een nieuwe zorgvraag. Bij zorg in het buitenland is ook relevant of de zorg beschikbaar is in Nederland en of er een medische noodzaak is om een behandeling in het buitenland te laten doen. Aan die vraag is de zorgverzekeraar niet toegekomen. Ook voor medisch specialistische zorg in Nederland is een verwijzing nodig. Op dat punt is er dus geen verschil.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de eis van een voorafgaande verwijzing, die uit het Burgerlijk Wetboek (BW), en het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder wordt hierin het van belang zijnde artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004 aangehaald. Ook zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Het VWEU garandeert het vrije verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal. Ter uitwerking hiervan zijn richtlijnen en verordeningen opgesteld. Richtlijnen hebben tot doel de nationale wetgeving van de lidstaten te harmoniseren, verordeningen zijn bedoeld om die wetgeving te coördineren. In dit geval is verzoeker naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar tijdig om voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat verzoeker geen voorafgaande verwijzing heeft aangeleverd. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden met betrekking tot de formele vereisten, waaronder die van een voorafgaande verwijzing, onverkort gelden. Ten aanzien van de afwijzing van de zorgverzekeraar overweegt de commissie als volgt.

6.3. De door verzoeker genoten zorg betreft medisch specialistische zorg. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 35 tot en met 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is vermeld vormt een uitwerking van de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Op pagina 37 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde alleen recht heeft op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg als hij vooraf een schriftelijke verwijzing heeft. Verder is hier bepaald dat voor spoedeisende zorg geen schriftelijke verwijzing nodig is, en dat een verwijzing maximaal een jaar geldig is. Op grond van hetgeen is beschreven op de pagina's 11 en 12 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.

6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat de in Duitsland genoten zorg een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering, dat wil zeggen dat deze zorg voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dat het gaat om een verzekerde prestatie is een conclusie die los van de omstandigheden van de persoon wordt getrokken. Hetgeen verzoeker heeft gesteld in het kader van de 'stand van de wetenschap en praktijk' in relatie tot zijn klachten kan daarom onbesproken blijven. Deze klachten spelen wel een rol in de beoordeling of hij redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. In dit geval zijn partijen met name verdeeld over de noodzaak van een voorafgaande verwijzing.

6.5. De eerste vraag die in dat kader moet worden beantwoord is of sprake is van een doorlopend medisch behandeltraject, waardoor geen nieuwe verwijzing was vereist. Verzoeker heeft in dit verband gewezen op het document 'Verwijsafspraken Medisch-specialistische zorg' van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de Verwijsafspraken) en gesteld dat de behandeling die is gestart in 2023 niet was afgerond, dat hij niet is terugverwezen naar de huisarts

en dat de klachten bleven bestaan en zelfs toenamen. Volgens de zorgverzekeraar blijkt uit de beschikbare informatie dat verzoeker sinds augustus 2023 niet doorlopend onder controle is geweest bij de Duitse arts en dat sprake is van een nieuwe zorgvraag.

6.6. De commissie overweegt dat in de Verwijsafspraken is opgenomen wanneer een nieuwe verwijzing nodig is. Op pagina 5 van dit document is beschreven dat een nieuwe verwijzing onder meer noodzakelijk kan zijn als de patiënt zich meldt met een nieuwe zorgvraag. In de brief van de Duitse arts van 11 maart 2026 is beschreven dat er zorg is verleend in november 2023 en vervolgens weer in juni 2025. Uit het dossier blijkt dat er in de tussentijd zorg is genoten in Nederland, namelijk bij de St. Maartenskliniek en Stichting Rugzorg. Dit is ter zitting ook door verzoeker bevestigd. Hij heeft uitgelegd dat hij, voorafgaand aan de MRI-scan in 2025 bij de Procelsio kliniek, door Stichting Rugzorg is behandeld met pijninjecties en dat de St. Maartenskliniek hem tijdens een consult heeft verwezen naar de Procelsio kliniek. Tegen deze achtergrond kan de commissie de zorgverzekeraar volgen in zijn stelling dat sprake is van een nieuwe zorgvraag, waarvoor een nieuwe verwijzing was vereist. De commissie merkt verder op dat uit het dossier blijkt dat verzoeker in 2023 is geopereerd op niveau L3/L4 rechts en in 2025 op niveau L4/L5 rechts. Dat de Duitse arts heeft verklaard dat verzoeker vanaf 4 augustus 2023 tot en met 25 september 2025 doorlopend onder behandeling is geweest voor klachten aan de lumbale wervelkolom, maakt de conclusie dat sprake is van een nieuwe zorgvraag niet anders. Hetzelfde geldt voor de stelling dat sprake was van complicaties, direct gerelateerd aan de oorspronkelijke zorgvraag en behandeling, nu de ingrepen immers op verschillende niveaus zijn uitgevoerd. Een voorafgaande verwijzing is niet nodig voor spoedeisende zorg, maar dat is hier niet aan de orde. Er is een MRI-scan gemaakt in de Procelsio kliniek in Duitsland op 11 juni 2025. Met die scan was een nieuw zorgtraject gestart, leidend tot de operatie. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker voorafgaand aan de start van de behandeling bij de medisch specialist in Duitsland in 2025, beginnende met de MRI-scan, een verwijzing nodig had.
Ten aanzien van de verwijzing van 3 september 2025 geldt dat deze niet kan worden aangemerkt als een voorafgaande verwijzing, nu verzoeker voordien al medisch specialistische zorg heeft gehad van de Duitse arts, zoals hierboven beschreven. Dit is tussen partijen ook niet in geschil.

6.7. In artikel 14, tweede lid, Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts. Hieruit blijkt dat de wetgever de mogelijkheid van een achteraf gegeven verwijzing heeft willen uitsluiten. Voor de huisarts houdt dit mede verband met diens ‘poortwachtersfunctie’. Als de huisarts wordt gevraagd om een verwijzing, nadat een behandeltraject is gestart, heeft hij geen mogelijkheid deze functie uit te voeren. De verwijzing schiet dan aan zijn doel voorbij. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, is de voorwaarde van een voorafgaande gerichte verwijzing geen administratieve formaliteit, waaraan eventueel achteraf nog kan worden voldaan. De zorgverzekeraar heeft het voorgaande overgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.8. De commissie maakt uit de brieven van de Duitse arts van 1 september 2025 en 11 maart 2026 op dat de MRI-scan is uitgevoerd op 11 juni 2025 en dat de beslissing tot opereren ten tijde van de brief van 1 september 2025 werd genomen. Daarmee ontbreekt een voorafgaande verwijzing voor deze zorg. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de hiermee gemoeide kosten ten laste van de zorgverzekering en dat de gevraagde toestemming voor de operatie op niveau L4/L5 op grond van de verordening terecht werd geweigerd.

6.9. Een volgende vraag is of de voorwaarde van een voorafgaande verwijzing op grond van artikel 6:248, tweede lid, BW buiten toepassing moet blijven. Genoemd artikel bepaalt dat een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing is, indien dit in de gegeven omstandigheden onaanvaardbaar zou zijn. Zoals blijkt uit de door de zorgverzekeraar

aangehaalde jurisprudentie van de Hoge Raad, kan die conclusie niet snel worden getrokken in het kader van een verzekeringsovereenkomst die in belangrijke mate wettelijk is geregeld. Hiervoor is toegelicht dat de zorgverzekeraar met de eis van een voorafgaande verwijzing invulling heeft gegeven aan een wettelijk voorschrift. Overigens valt niet in te zien waarom toepassing van de verzekeringsvoorwaarde in de situatie van verzoeker onaanvaardbaar zou zijn. Er bestond tijd en gelegenheid een verwijzing voor een eerste consult te vragen. Of deze ook zou zijn afgegeven kan in het midden blijven. Het staat vast dat de verwijzing van 3 september 2025 op verzoek van de patiënt werd afgegeven, en dat de huisarts daaraan voorafgaand niet in de gelegenheid was gesteld een eigen oordeel te geven over het vervolgtraject. Dat was immers op 3 september 2025 al tot en met de planning van de rugoperatie doorlopen.
De verwijzing naar het vrije verkeer in het kader van het VWEU treft geen doel. Uitgangspunt is dat de lidstaten vrij zijn in het inrichten van hun stelsel van sociale zekerheid, waaronder de verzekering tegen ziektekosten. Richtlijnen en verordeningen kunnen bepalen dat daarvan moet worden afgeweken. Maar richtlijnen – zoals bijvoorbeeld de zogenoemde Patiëntenrichtlijn - zijn niet direct werkend en moeten worden geïmplementeerd in de nationale wetgeving. Voor zover verzoeker mocht menen dat bedoelde vrijheid wordt beperkt door een richtlijn, kan hij de bepalingen van die richtlijn niet inroepen tegen de zorgverzekeraar. Ten aanzien van de verordening werd eerder geoordeeld dat deze in het geval van verzoeker geen aanspraak doet ontstaan, omdat bij ontbreken van een voorafgaande verwijzing de benodigde toestemming van artikel 20 terecht werd geweigerd.

Slotsom

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2026,

J.J.M. Linders

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

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

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

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

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, 2.6, 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.

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 griepprevention;
   2°. 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;
   3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
   4°. 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;
   5°. 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 gehemeltespleten, 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.

2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Volgorde van de eigen betalingen

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

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

Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER- land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de klantenservice.

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

ⓘ Alarmcentrale

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

Extra informatie

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

Audiologische hulp

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

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum. Deze audiologische hulp moet worden verleend door een multidisciplinair team van deskundigen dat verbonden is aan het audiologisch centrum. Daarnaast moet het audiologisch centrum voldoen aan het veiligheidsbeleid zoals geformuleerd door de FENAC.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts). Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Extra informatie

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze vindt u op menzis.nl.

Diëtetiek

Diëtetiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een geneeskundig doel. Een diëtist is de aangewezen deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten vanmaximaal 3 behandeluren diëtetiek met een geneeskundig doel over voeding en eetgewoonten. Een behandeluur bestaat uit de geplande tijd die de diëtist

- stottertherapie: behandeling voor stotteren waarvan de ernst zodanig is dat het vloeiend verloop van de spraak duidelijk wordt belemmerd,
- afasietherapie: behandeling voor taal- en spraakgebrek ten gevolge van hersenletsel,
- preverbale logopedie: de behandeling van eet- en drinkproblemen en/of slikstoornissen bij jonge kinderen,
- Hänen Ouderprogramma: stap voor stap ondersteunen van de ouders op een praktische wijze bij het verbeteren van de communicatie met en het stimuleren van de spraaktaalontwikkeling van hun kind bij taalproblemen. Het Hänen Ouderprogramma is niet voor alle taalproblemen de aangewezen hulpvorm. Daarom is uitgebreid logopedisch onderzoek en een gesprek vooraf altijd nodig.
- groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren.

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

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici staat. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De logopedisten die een specifieke aantekening hebben kunt u vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Deze kunt u vinden op nvlf.nl.

Verwijzing
U heeft geen verwijzing nodig als u naar een logopedist gaat.

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

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

Welke zorg
U heeft recht op vergoeding van kosten van:

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

ⓘ Let op
U heeft geen recht op vergoeding van kosten vanbehandelingen 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 dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

ⓘ Let op

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

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

Welke zorgaanbieder

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

ⓘ Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

ⓘ Let op

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

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten vanmedisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten.

- De optometrist of orthoptist mag verwijzen naar de oogarts als het gaat om oogzorg.
- De triage-audicien mag verwijzen naar de KNO-arts als het gaat om hoorzorg.
- De triage-audicien mag verwijzen naar de klinisch fysicus-audioloog.
- De GGD-arts mag verwijzen naar de medisch specialist als het gaat om tuberculose of een seksueel overdraagbare aandoening (soa).
- De bedrijfsarts mag verwijzen als de klachten met uw werk te maken hebben.
- De tandarts of orthodontist mag verwijzen naar de kaakchirurg als het gaat om kaakchirurgische behandelingen.
- De jeugdarts mag verwijzen naar een oogarts, kinderarts of orthopeed.
- De verloskundige mag verwijzen in geval van zwangerschap of bevalling. De verloskundige mag ook verwijzen naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling en naar de KNO-arts als het gaat om het klieven van het tongriempje.
- Het RIVM mag verwijzen naar een gespecialiseerde kinderarts bij een afwijkende uitslag van een hielprik.
- De tandarts CBT mag verwijzen naar de neuroloog, anesthesist als pijnbestrijder en KNO-arts.
- De klinisch fysicus-audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts, kinderarts en neuroloog.

Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Een verwijzing is maximaal een jaar geldig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

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

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

ⓘ Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op zn.nl

Advies

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

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

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

Welke zorg

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

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

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

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum, ZBC of ziekenhuis.