

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202303164

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, dan wel uit coulance. Dit omdat verzoekster kampt met lipoedeem van haar benen. Volgens de behandelend plastisch chirurg kan het verschil in grootte het best worden behandeld door middel van liposuctie.  
De ziektekostenverzekeraar heeft de hiertoe ingediende aanvraag afgewezen omdat de behandeling bij deze indicatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Tot een onverplichte vergoeding van de kosten ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding.
- 1.2. De commissie beslist dat verzoekster geen aanspraak heeft op liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen, omdat dit geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie volgt hierbij het advies van het Zorginstituut. Over het toepassen van coulance kan de commissie niet oordelen, omdat dit is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 12 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 maart 2024 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 22 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 april 2024 aan verzoekster gestuurd.

- 2.3. In een offline chat van 24 april 2024 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Bij brief van 23 mei 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024017334) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 mei 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juli 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 juli 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 mei 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 juli 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 500 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. In het verleden is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen vanwege lipoedeem. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij diverse gelegenheden meegedeeld hiervoor geen machtiging te verlenen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende malen om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 13 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 23 januari 2023 heeft de behandelend plastisch chirurg, namens verzoekster, de ziektekostenverzekeraar verzocht twee of drie liposuctiebehandelingen uit coulance te vergoeden. Bij brief van 22 februari 2023, gericht aan verzoekster, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard hiertoe niet over te gaan.
- 3.5. Bij brief van 23 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, dan wel uit coulance.
- 4.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij al geruime tijd kampt met ernstig lipoedeem in de benen, hetgeen resulteert in veel klachten. In de afgelopen jaren heeft verzoekster diverse behandelingen en therapieën geprobeerd, maar deze hebben niet het gewenste effect gehad. De behandelend artsen zijn thans allen van oordeel dat alleen liposuctie met tumescente lokale

anesthesie nog kan helpen. Het probleem is echter dat de aandoening lipoedeem, ook wel lipalgie syndroom genoemd, door de ziektekostenverzekeraar en andere beleidsmakers niet wordt erkend. Dit resulteert erin dat niet alleen verzoekster, maar ook andere patiënten met dezelfde aandoening, verstoken blijven van goede zorg. Dit terwijl het recht op goede zorg is verankerd in de Zorgverzekeringswet, namelijk in artikel 11.

- 4.3. Het Zorginstituut heeft in het verleden geoordeeld dat tumescente liposuctie bij lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Inmiddels is dit standpunt echter achterhaald en is liposuctie een effectieve behandeling van lipoedeem gebleken. Verzoekster heeft haar stelling onderbouwd met verwijzingen naar (inter)nationale wetenschappelijke publicaties van dermatologen. Daarnaast geldt dat in de Richtlijndatabase van de medisch specialisten is te lezen dat liposuctie/reductiechirurgie deel uitmaakt van de behandeling van lipoedeem en plaatsvindt in een gespecialiseerd centrum, waar geprotocolleerd wordt gewerkt met goede klinimetrie in een multidisciplinaire samenwerking. Voorts is er een subsidieaanvraag 'Veelbelovende Zorg' gedaan bij ZonMw.
- 4.4. Verzoekster heeft daarnaast gesteld dat zij zich door de ziektekostenverzekeraar gediscrimineerd en ongelijk behandeld voelt. De ziektekostenverzekeraar heeft in een vergelijkbare situatie de behandeling immers wel vergoed naar aanleiding van een uitspraak van de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2019:983).
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Zij heeft hieraan toegevoegd dat de subsidieaanvraag bij ZonMw inmiddels is afgewezen, met als reden dat er al een onderzoek in Noorwegen wordt uitgevoerd. Het is erg frustrerend dat er veel geld gaat naar andere behandelingen, terwijl de behandeling van lipoedeem geen aandacht krijgt. Wat daarbij niet helpt is dat de ziektekostenverzekeraar in een andere zaak aan een verzekerde wel een vergoeding heeft verleend.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij als zorgverzekeraar de taak heeft te toetsen of de aangevraagde zorg binnen de geldende wet- en regelgeving verzekerde zorg is. In artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering is bepaald dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft in het verleden meerdere adviezen uitgebracht waarin is geconcludeerd dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is waaruit blijkt dat liposuctie bij lipoedeem voldoende effect heeft. Sindsdien zijn er geen nieuwe wetenschappelijke studies bijgekomen waaruit het tegendeel blijkt.
- 5.2. Voor zover verzoekster vraagt de kosten uit coulance te vergoeden, geldt dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe geen aanleiding ziet. De verwijzing naar een uitspraak van de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2019:983) maakt dit niet anders. Dit omdat de rechtbank in dat geschil oordeelde dat aanspraak bestond omdat de verzekerde een knieoperatie moest ondergaan. Een dergelijke - althans vergelijkbare - situatie is bij verzoekster niet aan de orde.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 23 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### "Standpunt Zorginstituut

*Het Zorginstituut heeft in het standpunt 'liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules (LTA) bij patiënten met lipoedeem' beoordeeld of liposuctie met tumescente lokale anesthesie tot betere resultaten leidt dan conservatieve behandelingen bij*

patiënten met lipoedeem. Voor de beoordeling zijn vijf gepubliceerde, actuele wetenschappelijke studies geselecteerd over de effecten van liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij deze patiëntengroep. Het betrof[fen] vijf niet-vergelijkende (voor-na) studies. De bewijskracht van de studies voor alle uitkomstmaten is van zeer lage kwaliteit en de gevonden effecten zijn daarom zeer onzeker. Om de meerwaarde van liposuctie aan te tonen, is onderzoek van betere kwaliteit nodig. Daarom heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij patiënten met lipoedeem niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

#### Update literatuuronderzoek

Op 14 mei 2024 werd een update van het literatuuronderzoek verricht. Er zijn sinds de publicatie van het standpunt van het Zorginstituut drie voor-na studies (waarvan er twee over dezelfde populatie lijken te gaan) gepubliceerd. Er werden geen resultaten van vergelijkende studies gevonden. Oftewel, er zijn geen studies verricht waarin een groep patiënten die behandeld is middels liposuctie met tumescente lokale anesthesie vergeleken wordt met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Daarmee blijft de bewijskracht van de beschikbare studies zeer laag en de effectiviteit van liposuctie met tumescente lokale anesthesie zeer onzeker.

De richtlijn Lipoedeem waar verzoekster en haar behandelend arts naar verwijzen is op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) opgesteld, in deze richtlijn is de conclusie (o.b.v. vier niet vergelijkende studies, Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) niveau 3) opgenomen dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende canules een effectieve behandeling is voor lipoedeem. Deze richtlijn is meegenomen en meegewogen bij eerdergenoemd standpunt van het Zorginstituut. In een patiëntenfolder waarnaar verwezen wordt in de richtlijn, staat aangegeven dat de behandeling duur is en in de regel niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar.

#### Subsidieregeling Veelbelovende Zorg

De subsidieregeling Veelbelovende Zorg waar verzoekster naar verwijst, is bedoeld voor zorg die nog niet voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Via de regeling worden onderzoeks- en zorgkosten gefinancierd voor patiënten die deelnemen aan het onderzoek. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek kan het Zorginstituut bepalen of de zorg voldoet aan de criteria voor opname in het basispakket.

#### Conclusie

Liposuctie met tumescente lokale anesthesie vanwege lipoedeem voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Liposuctie met tumescente lokale anesthesie vanwege lipoedeem maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

## 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.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 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.

### Zorgverzekering

- 8.2. De commissie stelt voorop dat zij begrip heeft voor de wens van verzoekster om de behandeling te ondergaan vanwege de door haar beschreven hinderlijke en belastende klachten. Dat neemt niet weg dat de taak van de commissie is om te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de zorgverzekering. Daarnaast zal de commissie oordelen over het verzoek de ziektekostenverzekeraar te verplichten uit coulance tot vergoeding over te gaan.
- 8.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie in de eerste plaats de vraag beantwoorden of liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is een dergelijke richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Dit betekent dan ook niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.
- 8.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezochte en geselecteerde evidence op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
- (2) systematische literatuursearch;
- (3) samenvatten van de evidence;
- (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
- (5) van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 8.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot liposuctie met tumescente lokale anesthesie. Het advies van 23 mei 2024 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat hij op 7 maart 2022 zijn 'Standpunt liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules bij patiënten met lipoedeem' heeft gepubliceerd. De conclusie is dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat de beschikbare onderzoeken niet aantonen dat deze behandeling effectief is bij patiënten met lipoedeem. Op 14 mei 2024 heeft het Zorginstituut een literatuursearch gedaan. Hieruit is naar voren gekomen dat sinds de publicatie van eerdergenoemd standpunt er drie voor-na studies zijn gepubliceerd. Resultaten van vergelijkbare studies werden niet gevonden, hetgeen betekent dat geen studies zijn verricht waarin een groep patiënten die is behandeld door middel van liposuctie met tumescente lokale anesthesie wordt vergeleken met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Gelet op de zeer lage bewijskracht van de studies blijft de meerwaarde van liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem onzeker. Om die reden handhaaft het Zorginstituut zijn standpunt dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.
- 8.6. Gelet op de door de wetgever aan het Zorginstituut toegekende rol van pakketbeheerder en adviseur van de commissie in verstrekkingengeschillen, ziet de commissie in hetgeen door verzoekster is aangevoerd - met name haar verwijzing naar verschillende publicaties en de ingediende subsidieaanvraag bij ZonMw, waarop overigens door het Zorginstituut inhoudelijk is gereageerd - geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. De commissie neemt de in het advies opgenomen conclusie over en maakt die tot de hare, wat betekent dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij patiënten met lipoedeem geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding.

#### *Coulance*

- 8.7. Verzoekster heeft subsidiair een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. Daarbij heeft zij aandacht gevraagd voor het feit dat liposuctie de enige oplossing is voor haar probleem. De commissie overweegt dat het toepassen van coulance een handelen uit welwillendheid is. Het coulancebeleid is dan ook aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan op dit punt niet in diens beslissing treden. De commissie kan slechts dan een vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat zij ongelijk wordt behandeld omdat een andere verzekerde, die ook bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, naar aanleiding van een procedure in kort geding bij de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2019:983) wél een vergoeding heeft gekregen.
- 8.8. De commissie oordeelt dat de situatie van verzoekster niet vergelijkbaar is met de casus die tot voornoemd vonnis in kort geding heeft geleid. Zo waren in dat geval, naar het voorlopig oordeel van de bewuste voorzieningenrechter, al vruchteloos andere behandelingen geprobeerd en was liposuctie volgens de betrokken artsen noodzakelijk om (een) knieoperatie(s) te ondergaan om verminderde dan wel algehele immobiliteit van de verzekerde te voorkomen. Van dergelijke bijzondere omstandigheden bij verzoekster is de commissie niet gebleken. Zij ziet in het handelen van de ziektekostenverzekeraar dan ook geen ongelijke behandeling.

#### *Slotsom*

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juli 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



invloed zijn op het vergoedingsbedrag. Door complicaties of vervolgbehandelingen kan het zijn dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder extra kosten in rekening brengt. Het bedrag dat u zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

## 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](https://menzis.nl/zorgvinder).

### Let op

- Zorgaanbieders zijn verplicht om zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) te melden of een vergunning te hebben voor het verlenen van zorg. Voor sommige zorgaanbieders geldt een uitzondering. U kunt alleen naar een zorgaanbieder die aantoonbaar voldoet aan de vereisten van de Wtza.
- 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 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 maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 15.

### Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2023 en gesloten in 2024, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2023. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

### Geen eigen risico

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

---

# 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 grieppreventie;
    - 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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;  
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij 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 geneeskundige 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.