

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, endoscopische decompressie, hernia, verblijf, verpleegdag, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202102150
Zittingsdatum : 25 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 november 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 9 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 maart 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 maart 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 26 april 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022010346) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 april 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Over deze samenstelling zijn zij voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Bij e-mailbericht van 6 juni 2022 heeft verzoeker een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 7 juni 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 juni 2022 gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 28 juni 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van voornoemde reacties zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 april 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 29 juni 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Verzorgd 2 en TandVerzorgd 500 (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder buiten beschouwing.
- 3.2. Verzoeker heeft in de periode van 26 april 2021 tot en met 25 mei 2021 zorg ontvangen in de Ipreburg Herniakliniek (hierna: de kliniek). De kliniek heeft deze zorg met declaratiecode 15E829 en zorgproductcode 131999284 in rekening gebracht voor een totaalbedrag van € 6.950,-. Verzoeker heeft deze zorgkosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat de gedeclareerde kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij bereid is uit coulance een bedrag van € 2.047,36 te vergoeden, waarbij een deel van deze vergoeding (€ 186,59) wordt verrekend met het eigen risico, zodat een bedrag van totaal € 1.860,77 aan verzoeker wordt overgemaakt.
- 3.5. In het voorlopig advies van het Zorginstituut van 26 april 2022 wordt, voor zover hier van belang, opgemerkt:
"(...) De adviestaak van het Zorginstituut beperkt is tot de vraag of verzoekster (lees: verzoeker, commissie) aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Niet in geschil is de aanspraak op de uitgevoerde operatie.

DBC staat voor diagnose behandelcombinatie. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten. Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Zorgaanbieder heeft zorgproduct DBC 131999284 in rekening gebracht:

- Geldigheidsperiode product 1-1-2021 tot 31-12-2021
- Zorgproductcode 131999284
- Declaratiecodes 15E829 / 17E829
- Categorie DBC-zorgproduct vrij segment
- Omschrijving (be)handeling Oper wervelkolom middelzwaar | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma
- Omschrijving consument Operatie aan de wervelkolom tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierstelsel
- Segment Vrij
- Aanspraakbeperking Ja

Verweerder heeft vergoeding gegeven op basis van DBC 131999285:

- Geldigheidsperiode product 1-1-2021 tot 31-12-2021
- Zorgproductcode 131999285
- Declaratiecodes 15E830 / 17E830
- Categorie DBC-zorgproduct vrij segment
- Omschrijving (be)handeling Oper wervelkolom middelzwaar | Zonder VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma
- Omschrijving consument Operatie aan de wervelkolom bij een ziekte van botspierstelsel
- Segment Vrij
- Aanspraakbeperking Ja

Het verschil tussen beide DBC's is dat bij 131999284 gerekend wordt dat patiënt klinisch was opgenomen (verpleegdagen - VPLD). Volgens het factuur van de kliniek in augustus 2021 met factuurdatum 16 juni 2021 is bij verzoeker op 25 mei 2021 een laminectomie uitgevoerd, waarbij een verpleegdag als zorgactiviteit is genoteerd. In de toelichting op de factuur geeft de kliniek aan dat na de operatie de patiënt wordt overgedragen naar een verpleegkamer in een aangrenzende zorglocatie.

Antwoord op vragen SKGZ

U vraagt of de zorgactiviteit "verpleegdag" deel uitmaakt van het verzekerde pakket. Een verpleegdag is een declaratie-term. Het gaat niet om de vraag of de zorg onder de Zvw valt, maar betreft de declaratie van de zorg. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of de kliniek ingeval van verzekerde terecht een verpleegdag heeft geregistreerd. Het Zorginstituut kan dan ook niet zeggen welke DBC het meest passend is.

Klinische opname in verband met een laminectomie kan tot de te verzekeren zorg behoren. Hiervoor moet er sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg. De noodzakelijke verpleging maakt daarvan deel uit. Verblijf is gedefinieerd als verblijf gedurende het etmaal. Op basis van de gegevens in het dossier is niet aan te geven of hiervan ingeval van verzekerde al dan niet sprake was.

Conclusie

Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van een endoscopische decompressie L5/S1 rechts ten laste van de basisverzekering. Deze operatie is niet in geschil. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of de kliniek terecht een verpleegdag heeft geregistreerd. Het Zorginstituut kan ook niet aangeven welke DBC het meest passend is. (...)"

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een hogere vergoeding dan € 2.047,36 toe te kennen voor de zorg die hij in de kliniek heeft ontvangen.

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.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat tussen de ziektekostenverzekeraar en de kliniek een discussie is ontstaan over het antwoord op de vraag of de juiste DBC-code is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar is bereid uit coulance een vergoeding toe te kennen, maar baseert zich hierbij op een andere DBC-code dan is gedeclareerd, zodat de vergoeding aanzienlijk lager uitvalt. Hiermee is verzoeker het niet eens.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de kliniek de kosten van het poliklinische consult op 26 april 2021 apart in rekening heeft gebracht. Het is volgens de ziektekostenverzekeraar in strijd met de toepasselijke beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) een consult apart in rekening te brengen als dit deel uitmaakt van een behandeltraject. Om die reden komt de nota waarmee alleen het consult in rekening wordt gebracht niet voor vergoeding in aanmerking.
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de kliniek ten onrechte een verpleegdag in rekening heeft gebracht. De ziektekostenverzekeraar stelt dat uit het dossier niet volgt dat er een medische noodzaak was voor verblijf. Voor zover daarvan echter al sprake zou zijn, geldt dat een verpleegdag alleen in rekening mag worden gebracht als sprake is van verblijf op een voor verpleging ingerichte afdeling, als bedoeld in de 'Regeling medisch specialistisch zorg (NR/REG 2103a)' van de NZa. De kliniek heeft geen capaciteit voor een klinische opname. Zij huurt kamers in het naastgelegen (zorg)hotel en het is mogelijk een verpleegkundige op te roepen. Volgens de ziektekostenverzekeraar mag in die situatie geen verpleegdag in rekening worden gebracht. De kliniek heeft dan ook een DBC gehanteerd met een hoger tarief dan in deze situatie is toegestaan. Om verzoeker tegemoet te komen is aan hem uit coulance een vergoeding verstrekt op basis van een DBC zonder verpleegdag. Omdat verzoeker zich heeft gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij recht op vergoeding van maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, te weten € 2.047,36. Hiervan is een bedrag van € 186,59 verrekend met het wettelijk verplicht eigen risico.

Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoeker heeft een endoscopische decompressie op niveau L5/S1 ondergaan in de kliniek en heeft in aansluiting hierop verbleven in een nabij gelegen (zorg)hotel. De kliniek heeft de kosten van onder andere de ingreep en het verblijf in rekening gebracht met een zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC). De commissie begrijpt het standpunt van de ziektekostenverzekeraar aldus dat de kliniek, in strijd met de 'Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2103a)' van de NZa, een tarief in rekening heeft gebracht inclusief verblijf op een voor verpleging ingerichte afdeling, zodat de ziektekostenverzekeraar van oordeel is dat hij op grond van artikel 35 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) niet is gehouden enige vergoeding toe te kennen. Daarentegen is volgens verzoeker wél de juiste DBC toegepast door de kliniek, zodat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een hogere vergoeding toe te kennen dan hij reeds - coulancehalve - heeft gedaan. Het geschil spitst zich dan ook toe op het antwoord op de vraag of de kliniek, naast het consult en de uitgevoerde behandeling, kosten in rekening mocht brengen voor verblijf. Hierover overweegt de commissie het volgende.
- 6.5. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 26 april 2022 volgt dat een klinische opname in verband met de ingreep die verzoeker heeft ondergaan een verzekerde prestatie kan zijn, mits sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met deze ingreep. De noodzakelijke verpleging die hiermee samenhangt, maakt hiervan deel uit. Het ligt - gelet op de gemotiveerde betwisting door de ziektekostenverzekeraar - op de weg van verzoeker, die aanspraak wenst te maken op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, om aan te tonen dat aan voornoemde voorwaarde is voldaan. Hoewel de commissie verzoeker daartoe nog in de gelegenheid heeft gesteld na de hoorzitting op 25 mei 2022 is verzoeker hierin niet geslaagd. In dit verband overweegt de commissie dat de kliniek in zijn verklaring uit augustus 2021 slechts in algemene zin heeft beschreven hoe een zorgtraject met een verpleegdag eruit ziet, terwijl niet nader wordt ingegaan op de specifieke situatie van verzoeker. Dit laatste gebeurt evenmin in de verklaring van de kliniek van 3 juni 2022.

- 6.6. Gelet op het voorgaande is de DBC - met het bijbehorende tarief - die door de kliniek in rekening is gebracht niet passend in de situatie van verzoeker. Deze DBC is immers mede gebaseerd op een klinische opname (verpleegdag; zorgactiviteit 190218). Niet is komen vaststaan dat verzoeker hierop redelijkerwijs was afgewezen. In deze omstandigheden staat het de ziektekostenverzekeraar vrij de ingediende declaratie volledig af te wijzen. Dat de ziektekostenverzekeraar ervoor heeft gekozen uit coulance toch een vergoeding aan verzoeker toe te kennen gebaseerd op een andere DBC, is een beslissing waarin de commissie niet zal treden.
- 6.7. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, behoeft de meer algemene vraag of de kliniek op grond van de 'Regeling medisch specialistische zorg' van de NZa een 'verpleegdag' in rekening mag brengen voor het verblijf in een aangelegen (zorg)hotel geen beantwoording. Het antwoord op deze vraag kan in het geval van verzoeker namelijk niet leiden tot een ander oordeel.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juli 2022

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 verslachte 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 gehemelte-spleten, 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 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.

Menzis Basis

Hierna vindt u op alfabetische volgorde de zorg omschreven waarvoor u verzekerd bent.

Uw Basisverzekering

De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet (het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering horen hierbij), is de basis voor deze verzekeringsvoorwaarden. In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. In de verzekeringsvoorwaarden wordt soms verwezen naar het Verzekeringsreglement. Het Verzekeringsreglement is onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden niet helemaal overeenkomt met de Zorgverzekeringswet, dan geldt voor u wat in de Zorgverzekeringswet staat. Als een andere wettelijke regeling kan zorgen voor betaling van dezelfde zorg, heeft u geen recht op die zorg vanuit uw Basisverzekering.

U kunt het Verzekeringsreglement downloaden op menzis.nl/reglement. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40. De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vindt u op wetten.overheid.nl.

Natura

U heeft gekozen voor Menzis Basis. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. Menzis Basis is een naturaverzekering. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf (de tegenhanger van natura is restitutie: restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen). Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg in natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. Daarom sluit Menzis overeenkomsten met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en toegangstijden. Menzis heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar Menzis wordt gestuurd. In de volgende artikelen kunt u nalezen welk soort zorgaanbieder de zorg mag leveren. Een zorgaanbieder is bijvoorbeeld een ziekenhuis, medisch specialist, logopedist, fysiotherapeut, enzovoort.

Let op: het kan voorkomen dat het gecontracteerde aanbod verandert gedurende het jaar. Kijk altijd vooraf in de De Menzis Zorgvinder om te controleren of uw zorgaanbieder een contract heeft.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, dan vergoedt Menzis de kosten tot een maximumbedrag. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. Op menzis.nl/vergoedingen kunt u hierover meer informatie vinden. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Vraag bij uw zorgaanbieder naar zijn behandel tarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houdt u rekening met onverwachte omstandigheden, zoals complicaties, vervolgbehandelingen, een andere behandelcode of uitstel van de behandeling. Een andere behandelcode of het uitstellen van een behandeling kan namelijk van 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. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met Menzis op 088 222 40 40.

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.

- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid,
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers,
- spreken in het openbaar

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen logopedist. Sommige logopedisten hebben voor specifieke klachten een aantekening. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan:

- 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. Menzis heeft logopedisten gecontracteerd. U kunt uit deze logopedisten kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat,
- als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt,
- als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt, behandeling aan huis uitgezonderd.

Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie 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 :

- 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 behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslaptte 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,
- 4^e 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 haemodialyse in een dialysecentrum,
- 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.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- 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 in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.

- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- Als het om tuberculose gaat, mag ook de GGD-arts verwijzen naar de medisch specialist.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.
- Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig.

Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. 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

2. Overig

Op deze behandeling heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis: klinische longrevalidatie.

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 Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse 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 haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale