

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak	: EU/EER, Portugal, geneeskundige zorg, radiofrequente denervatie bij chronische aspecifieke lage rugklachten, plegen te bieden, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer	: 202101928
Zittingsdatum	: 23 maart 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij ongedateerde brief - door de commissie ontvangen op 6 oktober 2021 - heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan gevolg gegeven; op 28 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Op 3 december 2021 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie doen toekomen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 23 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 december 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 14 februari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021051442) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 februari 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 maart 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Verzoekster heeft bij e-mail 28 februari 2022 op de aantekeningen gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 31 maart 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 april 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster is op 24 september 2019 gevallen. Aan deze val heeft zij verschillende scheurtjes in ruggenwervels overgehouden. Dit leidde tot hevige rugpijn. Omdat verzoekster regelmatig voor langere tijd in Portugal verblijft, heeft zij kort na de val ook daar een arts geraadpleegd. Deze kwam tot de conclusie dat sprake was van meerdere breuken en dat verzoekster bovendien lijdt aan vergevorderde osteoporose. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoekster verschillende behandelingen (onder andere Thai, osteopathie en fysiotherapie) ondergaan om van de

pijnklachten af te komen. Dit alles zonder positief resultaat. Toen verzoekster in de herfst van 2020 weer in Portugal verbleef heeft zij het Algarve Pain Center bezocht. Aldaar is verzoekster geïnformeerd over het uitvoeren van radiofrequente denervatie. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoekster de behandeling besproken met haar huisarts, die voor haar een verwijsbrief uitschreef. Deze verwijsbrief heeft verzoekster omstreeks 12 januari 2021 naar de zorgverzekeraar gestuurd met de vraag voornoemde behandeling in Portugal te vergoeden.

- 3.3. Verzoekster heeft de toestemming van de zorgverzekeraar op de aanvraag niet afgewacht en zij heeft op 23 januari 2021 in het Algarve Pain Centre een radiofrequente denervatie ondergaan.
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft verzoekster op 15 januari 2021 verzocht aanvullende informatie betreffende de behandeling op te sturen. Eerst nadat deze was uitgevoerd heeft verzoekster de zorgverzekeraar het gevraagde doen toekomen. Op basis hiervan heeft de zorgverzekeraar haar bij brief van 9 juli 2021 meegedeeld dat de desbetreffende kosten niet worden vergoed.
- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juli 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 14 februari 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Sinds 2016 is radiofrequente denervatie bij aspecifieke lage rugklachten, waaronder facetpijn, geen verzekerde zorg meer in Nederland. Wel wordt de behandeling door diverse Nederlandse behandelcentra nog aangeboden. De huidige Nederlandse richtlijnen geven geen eenduidig advies over het toepassen van radiofrequente denervatie bij aspecifieke lage rugklachten. De meest recente richtlijn van de beroepsgroep beveelt aan dat radiofrequente denervatie bij voorkeur in studieverband moet worden toegepast. In internationale richtlijnen wordt aangegeven dat radiofrequente denervatie bij lage rugklachten bij specifieke patiëntengroepen wel kan worden overwogen. Al met al kan er niet geconcludeerd worden dat geen sprake is van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

De vraag in geschil is of radiofrequente denervatie bij chronische aspecifieke lage rugklachten zorg is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Na bestudering van het standpunt van Zorginstituut Nederland uit 2016, de Nederlandse richtlijnen en de door verzoekster aangedragen internationale richtlijnen en literatuur, concludeert het Zorginstituut dat radiofrequente denervatie bij chronische aspecifieke lage rugklachten niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

(...)

Conclusie

Het negatieve standpunt van het Zorginstituut over radiofrequente denervatie bij chronische aspecifieke lage rugklachten was gebaseerd op de resultaten van de MINT-studie en een systematische review van randomized controlled trials (RCTs) tot juni 2015. Uit de meest recente richtlijn van de NVA (2019) en het onderzoeksprotocol voor de RADICAL trial, een op te zetten RCT naar de effectiviteit van radiofrequente denervatie bij lage rugklachten (2021), blijkt dat er nog geen wetenschappelijke consensus is over de effectiviteit van radiofrequente denervatie bij aspecifieke lage rugklachten. De aanvullende literatuur aangedragen door verzoekster levert voor de beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk geen nieuwe informatie op ten opzichte van het standpunt van het Zorginstituut uit 2016. Het Zorginstituut ziet dan ook geen reden om af te wijken van het eerdere standpunt en concludeert dat radiofrequente denervatie bij chronische aspecifieke lage rugklachten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Radiofrequente denervatie bij chronische aspecifieke lage rugklachten maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van de in Portugal uitgevoerde radiofrequente denervatie te vergoeden.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 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 de aanspraak op geneeskundige zorg en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit de Europese Verordening nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster voert aan dat de zorgverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat radiofrequente denervatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgverzekeraar baseert zich hierbij op een rapport van het Zorginstituut uit 2016. Inmiddels staat de medische wetenschap niet stil en zijn er verschillende onderzoeken gepubliceerd waaruit blijkt dat radiofrequente denervatie met succes wordt toegepast. Ook het door de zorgverzekeraar genoemde argument dat radiofrequente denervatie nergens in Nederland plaatsvindt en dat de kosten hiervan niet worden vergoed is onjuist. Verzoekster heeft op verschillende plekken in Nederland geïnformeerd of de betreffende behandeling aan de ruggenwervels wordt uitgevoerd en vergoed, en dit bleek het geval.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar voert aan dat radiofrequente denervatie bij chronische aspecifieke lage rugpijn geen verzekerde prestatie vormt op grond van de Zvw. Dit omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De meerwaarde van de behandeling is niet wetenschappelijk aangetoond, hetgeen het Zorginstituut heeft bevestigd.

Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Portugal, gegaan om daar een behandeling te ondergaan. In die situatie is sprake van planbare zorg, en hierop ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat een verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de zorgverzekeraar. Doet de verzekerde dit niet, dan blijft de verordening in beginsel

buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). Het staat vast dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling (omstreeks 12 januari 2021) de zorgverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. Verzoekster heeft verklaard dat zij op 23 januari 2021 is behandeld. Naar het oordeel van de commissie heeft verzoekster de zorgverzekeraar aldus geen redelijke termijn gegund om op haar aanvraag te beslissen. Van bijzondere omstandigheden, zoals bedoeld in het arrest Elchinov, waardoor het voor haar niet mogelijk was de beslissing af te wachten, is niet gebleken. De commissie neemt daarbij in aanmerking dat verzoekster het Algarve Pain Center al in de herfst van 2020 heeft bezocht. De commissie concludeert dat de verordening buiten toepassing blijft en dat aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering dient te worden beoordeeld of aanspraak bestaat op vergoeding. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 6.5. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 14 februari 2022 is de eerste vraag die in dat verband zou moeten worden beantwoord of deze behandeling behoort tot de zorg die medisch specialisten plegen te bieden. De zorgverzekeraar heeft evenwel niet gesteld dat aan dit criterium niet is voldaan, zodat de commissie hieraan niet zal toetsen. Wél heeft de zorgverzekeraar gesteld dat de behandeling niet voldoet aan een ander criterium op basis van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving, te weten dat de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk moet zijn. Volgens de zorgverzekeraar is dit niet het geval en is om die reden geen sprake van een verzekerde prestatie. Vergoeding van de behandeling is daarom door hem geweigerd. De commissie neemt voor de beoordeling van deze afwijsground het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, tot uitgangspunt.
- 6.6. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.7. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten (de 'goudenstandaardbehandeling'), dan wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op 'evidence' van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.8. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of de zorg in kwestie overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend voor de commissie. De commissie kan afwijken van het advies van het Zorginstituut, mits deugdelijk gemotiveerd.
- 6.9. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de bij verzoekster uitgevoerde radiofrequente denervatie bij chronische aspecifieke lage rugklachten. Het advies van 14 februari 2022 bevat de uitkomst hiervan. Hieruit blijkt dat het Zorginstituut in 2016 het standpunt 'Anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken (radiofrequente denervatie) bij chronische aspecifieke lage rugklachten' heeft uitgebracht. Hierin wordt geconcludeerd dat radiofrequente denervatie bij patiënten met chronische facetaartpijn, sacroiliacale gewrichtspijn, discogene pijn of een mengbeeld niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut overweegt dat uit de meest recente richtlijn van de NVA (2019) en het onderzoeksprotocol voor de RADICAL trial, een op te zetten RCT naar de effectiviteit van

radiofrequente denervatie bij lage rugklachten (2021), blijkt dat er nog geen wetenschappelijke consensus is over de effectiviteit van radiofrequente denervatie bij specifieke lage rugklachten. Ook de publicaties en de aanvullende literatuur die verzoekster heeft overgelegd, leveren voor de beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk geen nieuwe informatie op ten opzichte van het standpunt van het Zorginstituut uit 2016. Het Zorginstituut ziet dan ook geen reden om af te wijken van het eerdere standpunt en concludeert dat radiofrequente denervatie bij chronische specifieke lage rugklachten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee vormt deze ingreep geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

- 6.10. Hetgeen verder door verzoekster is aangevoerd - met name met betrekking tot de goede ervaringen met de onderhavige behandeling - kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hetzelfde geldt voor haar stelling dat zij bij navraag heeft vernomen dat bij andere zorgverzekeraars de behandeling wel wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Dit brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel zouden doen.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
- 7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 mei 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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 € 20.

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 2021 en gesloten in 2022, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2021. Als na het sluiten van

eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.

2. U heeft een eigen risico van € 385. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Menzis vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Menzis van € 385.
3. U wordt op 20 december 2021 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2022 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2021.

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. U kunt voor meer informatie bellen met Menzis op 088 222 40 40.

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.

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).

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

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, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of 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.