

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202301216

### 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 beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota van 11 januari 2022, die zij van de Duitse leverancier hulpmiddelen ontving in verband met de levering van elastische kousen in 2020, alsnog volledig te vergoeden. De nota bedraagt € 2.140,60. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster in het jaar 2020 al twee paar elastische kousen geleverd heeft gekregen van een gecontracteerde leverancier en dat zij in dat jaar geen aanspraak heeft op een derde paar. Wel is aan haar hiervoor een coulancevergoeding verleend van € 199,28.
- 1.2. De commissie overweegt dat uit het destijds toepasselijke reglement volgt dat in het jaar 2020 aanspraak bestond op twee paar elastische kousen. Hoewel de kousen op 14 januari 2020 door de Duitse leverancier aan verzoekster zijn geleverd, zijn de kosten hiervan pas op 11 januari 2022 bij haar in rekening gebracht. Voor het jaar 2020 waren toen al twee paar elastische kousen ten behoeve van verzoekster gedeclareerd door een gecontracteerde leverancier en door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De uit Duitsland afkomstige nota betreft dus het derde paar. Van een noodzaak tot voortijdige vervanging is niet gebleken. Voorts is niet gebleken van een onjuiste mededeling van de ziektekostenverzekeraar waaraan verzoekster het rechtens te honoreren vertrouwen mocht ontnemen dat de latere nota van de Duitse leverancier aan haar zou worden vergoed.
- 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 1 september 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 oktober 2023 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 23 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 november 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2024 door de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster was tot 2 oktober 2019 woonachtig in Duitsland. Zij heeft in dat jaar steunkousen laten aanmeten, die uiteindelijk op 14 januari 2020 aan haar werden geleverd. Met ingang van 2 oktober 2019 is verzoekster verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. De kosten van de steunkousen zijn in eerste instantie vergoed door de Duitse Krankenkasse. Omdat bleek dat verzoekster ten tijde van de levering van de steunkousen daar niet meer was verzekerd, zijn deze vervolgens bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster heeft de kosten, ten bedrage van € 2.140,60, hierna bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 15 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de steunkousen niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De kwestie is vervolgens behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Naar aanleiding van die procedure heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoekster coulancehalve een vergoeding te verlenen van € 199,28.

### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar de volledige kosten van de in 2020 geleverde elastische kousen, ten bedrage van € 2.140,60, alsnog te vergoeden.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd dat zij op enig moment van de Duitse leverancier hulpmiddelen een nota ontving voor steunkousen die zij in 2019 had laten aanmeten. Zij heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker raadde haar aan de nota te betalen en deze daarna bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. De ziektekostenverzekeraar wees vergoeding vervolgens af. De reden van afwijzing was niet duidelijk. De ziektekostenverzekeraar bleef haar vertellen dat zij een bewijs van het volgen van 'stepped care' moest overleggen. Op haar vraag wat dat precies inhoudt in de Duitse omstandigheden had de betreffende medewerker geen antwoord. Ook kon hij haar niet vertellen welke stukken zij moest indienen om alsnog een vergoeding te krijgen. Later werd gezegd dat de Duitse nota onredelijk hoog was. Verzoekster heeft hierop echter geen invloed. Ook wordt haar tegengeworpen dat zij een risico heeft genomen door vlak vóór haar verhuizing naar Nederland nog steunkousen te laten aanmeten, maar de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet geïnformeerd over dit risico. Zij betaalt altijd haar premie, en gaat ervan uit dat zij haar zorgkosten vergoed krijgt. Als zij tijdig had geweten dat zij geen vergoeding van de

ziektekostenverzekeraar zou ontvangen, had zij het bedrag nog van de Duitse leverancier kunnen terugvorderen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij uiteindelijk een factuur heeft ingediend op advies van de ziektekostenverzekeraar, maar haar vraag aan de ziektekostenverzekeraar was eigenlijk wat zij moest doen met de Duitse aanmaning. Op het moment dat zij met deze vraag kwam, had de ziektekostenverzekeraar ook kunnen zeggen dat er geen mogelijkheid tot vergoeding was. De bandagist in Duitsland heeft haar pas in januari 2020 de steunkousen verstrekt die in september 2019 zijn besteld. Zij heeft pas veel later een aanmaning gekregen van de Krankenkasse, omdat zij daar niet meer verzekerd was. De zorgverlener was betaald, maar dit bleek onterecht omdat zij inmiddels in Nederland verzekerd was. Verzoekster vond het vreemd dat dit niet vergoed werd en heeft de eerste aanmaning laten gaan. Bij de tweede aanmaning realiseerde zij zich dat er iets echt niet goed liep en heeft zij navraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. De Krankenkasse schreef dat zij moest betalen of contact opnemen als zij het hier niet mee eens was. De ziektekostenverzekeraar raadde haar aan de factuur aan de Krankenkasse te betalen en daarna zou het probleem wel opgelost worden. Sinds verzoekster in 2004 de vierdaagse heeft gelopen en vervolgens in Afrika woonde en werkte, heeft zij last van lymfoedeem. Die diagnose kreeg zij pas toen zij bij een lymfoloog in Berlijn terecht kwam in 2018. In Nederland en België is zij daarvoor nooit goed behandeld waardoor het oedeem dus ook steeds ernstiger werd. Lymfoedeem betekent dat de lymfevaten niet goed werken en het lymfevocht uit de lymfevaten in het weefsel stromen, waardoor verzoeksters benen opzwellen. Als het warm is en de vaten dus nog wijder open gaan staan, of als zij lang zit (bijvoorbeeld op kantoor) krijgt ik nog meer last van dikke, zware en pijnlijke benen. In de lymfe zitten cellen die ervoor zorgen dat infecties kunnen worden afgeweerd. Als dat lymfevocht niet goed circuleert, bestaat ook het risico op infectie. Zo kwam verzoekster in de zomer van 2019 in een Berlijns ziekenhuis terecht met zogenaamde erysipelas. Zij had bacteriën in haar bloedbaan en voet. Zij was doodziek met hoge koorts en zoveel pijn dat zij niet kon lopen, maar de huisartsen waar zij dag na dag aanklopte stuurden haar telkens naar huis met paracetamol, waarop zij dan maar zelf naar de spoedopname ging, en uiteindelijk bijna een week in het ziekenhuis aan het infuus met antibiotica lag. Om de oedeem onder controle te houden, draagt verzoekster sinds de diagnose in Berlijn altijd steunkousen. Deze moeten op maat gemaakt worden. Na haar opname in de zomer van 2019 heeft de lymfoloog in Berlijn haar steunkousen met zilverdraad voorgeschreven omdat dat zilver antibacterieel werkt. Toen verzoekster de lymfoloog over de verhuisplannen naar Nederland vertelde, waarschuwde zij ervoor dat het in Nederland vrijwel onmogelijk is om de goede verzorging voor haar lymfoedeem te vinden. Daarom heeft verzoekster zo snel mogelijk nog nieuwe steunkousen op laten meten in Duitsland. Vaak zitten de Nederlandse kousen veel te strak waardoor er geen bloed meer naar de tenen stroomt en verzoekster met verschrikkelijke pijn de kousen uit moet trekken. Die kousen kreeg zij dan wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed, maar waren vaak onbruikbaar. De kostprijs van de Duitse steunkousen vindt verzoekster natuurlijk ook schrikbarend hoog. En als die worden vergeleken met de identieke Nederlands steunkousen, is de vraag waar dit verschil in zit. Verzoekster vermoedt dat dat er alles mee te maken heeft dat een patiënt in Duitsland niet weet hoeveel kosten de verzekeraar maakt. Deze kostenafhandeling wordt helemaal tussen de zorgverlener en zorgverzekeraar geregeld. Verzoekster is er door de ziektekostenverzekeraar pas na tussenkomst van de SKGZ op gewezen dat de datum van levering van belang is. Door medewerkers is nooit zorgvuldig naar haar dossier gekeken. Verzoekster vordert van de ziektekostenverzekeraar de kosten van de steunkousen alsnog te voldoen, alsmede een vergoeding te verlenen voor de gemaakte telefoonkosten (€ 25,-) en het betaalde entreegeld (€ 37,-).

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een vergoeding in aanvulling op hetgeen hij coulancehalve heeft betaald. Hij heeft hiertoe in het nader commentaar van 23 november 2023 aangevoerd dat therapeutische elastische kousen uitwendige hulpmiddelen zijn die worden gebruikt bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en functieverlies van lymfevaten bij het

transport van lymfe, als bedoeld in artikel 2.6, onder m, Regeling zorgverzekering. Om aanspraak te kunnen maken op dit hulpmiddel dient een verzekerde hierop, overeenkomstig artikel 2.1, derde lid, Besluit zorgverzekering redelijkerwijs te zijn aangewezen. Een en ander is door de ziektekostenverzekeraar in 2020 opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering, onder het kopje 'Hulpmiddelen' op pagina 29. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis Vrij 2020' (hierna: het reglement) bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak kan worden gemaakt op het hulpmiddel. Uit deze bepaling blijkt dat een verzekerde, indien aan de voorwaarden is voldaan, recht heeft op twee paar therapeutische elastische kousen gedurende twaalf maanden.

- 5.2. In het jaar 2020 heeft verzoekster twee paar therapeutische elastische kousen (op 11 september en 19 november 2020) geleverd gekregen van de leverancier Livit Orthopedie. Deze kousen zijn ook vergoed. Dit is tevens onder meer de reden dat de onderhavige declaratie van verzoekster niet voor vergoeding in aanmerking komt. Immers, naast het ontbreken van bepaalde informatie, betreft de declaratie ook een extra paar therapeutische elastische kousen voor het jaar 2020. Aangezien een verzekerde recht heeft op twee paar therapeutische elastische kousen per twaalf maanden had verzoekster voor het jaar 2020 niet nog een derde paar vergoed kunnen krijgen. Dit had al eerder door de ziektekostenverzekeraar moeten worden opgemerkt en gecommuniceerd. De ziektekostenverzekeraar betreurt de gang van zaken en heeft daarom uit coulance een bedrag van € 199,28 aangeboden. Dit bedrag is gebaseerd op wat aan de Nederlandse leverancier wordt vergoed voor een paar therapeutische elastische kousen.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat al eerder is meegedeeld dat het dossier niet goed is behandeld. Uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat er per jaar recht bestaat op twee paar elastische kousen. Die heeft verzoekster ontvangen. De nota uit Duitsland kwam veel later, en hierop is verkeerd gereageerd. Het antwoord was gericht op een inhoudelijke beoordeling. Gezegd had moeten worden dat er al tweemaal was vergoed en een derde paar sowieso niet vergoed kan worden, en dat is niet gebeurd. De communicatie valt de ziektekostenverzekeraar aan te rekenen, maar het feit dat de kosten zijn ontstaan is niet de fout van de ziektekostenverzekeraar. Toen de twee paar kousen in 2020 bij de verzekeraar werden aangevraagd, wist de ziektekostenverzekeraar niet van de 'Duitse' kousen en is voor deze twee paar kousen een vergoeding verleend conform de voorwaarden van de zorgverzekering. Hoe dan ook zou geen bedrag zijn vergoed van ruim € 2000,-, omdat dan een marktconforme vergoeding zou zijn verleend. Een derde paar zou sowieso worden afgewezen. Nu is het niet in de goede volgorde gegaan. Gezegd had moeten worden dat de maximale vergoeding al was bereikt. Om die reden is in het dossier ten aanzien van de 'Duitse' kousen een coulancebedrag aangeboden dat aansluit bij het bedrag dat bij kousen hoort in Nederland. Wat nog mogelijk is, is dat mevrouw de zorgaanbieder aanspreekt op de hoogte van het bedrag. In 2020 wist de verzekeraar niet dat dit speelde, en daarom kon mevrouw er ook niet op worden gewezen dat het moment van leveren en de hoogte van het bedrag van belang waren.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg, waaronder elastische steunkousen, en die over het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

- 7.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster ten tijde van de levering was verzekerd op grond van de zorgverzekering. Voorts is tussen hen niet in geschil dat elastische kousen onder bepaalde voorwaarden een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Wat hen verdeeld houdt, is de vraag of de nota van de Duitse leverancier hulpmiddelen van € 2.140,60 door de ziektekostenverzekeraar alsnog aan verzoekster moet worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering dan wel op basis van gewekt vertrouwen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.3. In het reglement is bepaald dat aanspraak bestaat op twee paar elastische kousen per jaar. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht, zijn op 11 september 2020 en 19 november 2020 door een gecontracteerde leverancier hulpmiddelen ten behoeve van verzoekster elastische steunkousen rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoekster is niet bestreden, dat deze twee paar kousen door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed tot een bedrag van tweemaal € 199,28 (€ 99,64 per kous). Verzoekster heeft geen recht op een derde paar elastische kousen. Dat een noodzaak voor voortijdige vervanging bestond is gesteld noch gebleken. De elastische kousen waarop het geschil ziet, zijn weliswaar geleverd op 14 januari 2020 - dat wil zeggen vóór de beide andere paren - maar zij zijn eerst na 11 januari 2022 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Dit blijkt uit de datum van de door de Duitse leverancier opgestelde nota. Het in Duitsland aangemeten paar kousen moet daarom worden gezien als het derde paar kousen dat in het jaar 2020 werd gedeclareerd. Omdat hierop geen aanspraak bestaat, wordt aan de vraag of deze nota al dan niet onredelijk hoog is niet toegekomen.
- 7.4. Verzoekster heeft gesteld dat haar telefonisch is geadviseerd de nota te betalen en deze daarna te declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Op basis van dit advies heeft zij erop vertrouwd dat de kosten van de Duitse leverancier door de ziektekostenverzekeraar aan haar zouden worden vergoed. Zij heeft deze stelling evenwel niet met stukken onderbouwd dan wel anderszins aannemelijk gemaakt zodat geen sprake is van een rechtens te honoreren gewekt vertrouwen als bedoeld in artikel 3:35 BW. De ziektekostenverzekeraar heeft om hem moverende redenen besloten verzoekster voor het derde paar kousen een onverplichte vergoeding te verlenen van nogmaals € 199,28. De commissie zal in die beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.
- 7.5. De commissie begrijpt dat de situatie verzoekster gelet op alle omstandigheden heeft aangegrepen. Maar dit laat onverlet dat op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering duidelijk is dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van twee paar steunkousen per jaar. Gezien de afwijzing bestaat geen aanleiding tot een vergoeding van de door verzoekster gevorderde kosten.

*Slotsom*

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 maart 2024,

J.W. Heringa

### **Informatie voor partijen**

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

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

### **Injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren (met uitzondering van gebruik van deze middelen in het kader van de behandeling van diabetes)**

Regeling zorgverzekering art. 2.6 en art. 2.19

#### **Injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepenen met toebehoren (met uitzondering van gebruik van deze middelen in het kader van de behandeling van diabetes)**

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Bijzonderheden	Injectiespuiten en injectiepenen worden alleen vergoed indien u deze thuis gebruikt om medicatie toe te dienen die door de zorgverzekeraar vanuit het extramurale farmaciebudget vergoed worden	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

### **Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe**

Regeling zorgverzekering art. 2.6 onderdeel m

#### **Therapeutisch elastische kousen en aan-/uittrekhulpmiddelen met uitzondering van de Ortomate**

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	



	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutische elastische kousen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij één been/arm 2 stuks gedurende 12 maanden</li> <li>- Bij beide benen/armen: 2 paar gedurende 12 maanden</li> </ul> </li> <li>• Eenvoudige aan- en uittrekhulp: 24 maanden</li> <li>• Overige aan- en uittrekhulpmiddelen: 5 jaar</li> </ul>	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH <sup>[1]</sup> -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Therapeutisch Elastische Kousen'	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

### Ortomate

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend arts worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door een ergotherapeut of behandelend verpleegkundige.	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	5 jaar	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

### Lymfe oedeem compressieapparatuur en manchetten

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparatuur: bruikleen</li> <li>• Manchetten: eigendom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparatuur: bruikleen</li> <li>• Manchetten: eigendom</li> </ul>
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Ja	
Toelichting door	Bij de aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de behandelend medisch specialist worden gevoegd en een analyse van de beperkingen door de behandelend oedeemtherapeut.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

### Compressiezwachtels met toebehoren

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De maximale hoeveelheid wordt geleverd voor een behandelperiode van 24 dagen.</li> <li>• Voor een zelfklevende eenvoudige zwachtel is de minimale gebruikstermijn 7 dagen.</li> </ul>	
Bijzonderheden	Wanneer meerdere keren per week gezwachteld moet worden, dient uit het oogpunt van doelmatigheid gekozen te worden voor uitwasbare zwachtels.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

### Compressiehulpmiddelen niet zijnde zwachtels

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Indien er voorafgaande toestemming nodig is van Menzis, vraagt de zorgaanbieder deze voor u aan	Ja
Toelichting door	Behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	1 jaar	
Verplichte kwaliteits- en deskundigheidseisen	SEMH <sup>[1]</sup> -gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling 'Therapeutisch Elastische Kousen'	
Bijzonderheden	Voorbeelden van deze hulpmiddelen zijn de circaid, thoraxbandages, farrowwrap en vergelijkbare bandages.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

## Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem

Regeling zorgverzekering art. 2.6, onderdeel n. Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden en toebehoren.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Bruikleen
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	U heeft een verwijsbrief met medische diagnose nodig van de trombosedienst of behandelend arts	
Gemiddelde gebruiksduur/ gebruiksaantallen	Wordt bepaald door de trombosedienst	
Bijzonderheden	Voor zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden en toebehoren kunt u terecht bij alle trombosediensten in Nederland. De trombosedienst beoordeelt of u in aanmerking komt voor het gebruik van zelfmeetapparatuur.	
Offerte van leverancier nodig	Nee	Ja
Vergoeding	100%	75% van de nota tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief

## Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel

Regeling zorgverzekering art. 2.6, onderdeel o

### Hulpmiddelen bij diabetes (injectiemateriaal, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed, de bloedglucosemeter, teststrips)

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Voorafgaande toestemming nodig van Menzis	Nee	Ja
Toelichting door	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 3

---

### Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.

## 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 2020 en gesloten in 2021, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2020. Als na het sluiten van

een door het RIVM als bewezen effectieve GLI.

Bij vragen over de GLI kunt u bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40.

Voor preventieve voetzorg bij diabetes mellitus buiten de ketenzorg kunt u zich wenden tot een podotherapeut.

Voor GZSP kunt u naar een Specialist Ouderengeneeskunde of Arts Verstandelijk Gehandicapten.

### **Verwijzing voetzorg bij diabetes mellitus**

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van voetzorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts of medisch specialist heeft.

#### **Let op**

Gaat u voor preventieve voetzorg bij diabetes mellitus rechtstreeks naar een pedicure? Dan krijgt u geen vergoeding. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed als onderdeel van ketenzorg of als de podotherapeut u naar de pedicure doorverwijst.

### **Verwijzing gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)**

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gecombineerde leefstijlinterventie als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts of medisch specialist heeft.

### **Verwijzing Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patientengroepen**

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg voor Specifieke Patientengroepen als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw huisarts of medisch specialist heeft.

**Let op:** Het verplicht eigen risico is van toepassing.

## **Hulpmiddelen**

**Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.**

### **Welke zorg**

U heeft recht op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

### **Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel**

‘Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel’. Hier vallen o.a. diabetestestmaterialen onder.

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij Menzis. Menzis zal uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

### **Eigen bijdrage**

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

### **Welke zorgaanbieder**

U kunt naar elke leverancier die voldoet aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen. U vindt deze per hulpmiddel in het Verzekeringsreglement.

### **Toestemming**

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van Menzis nodig is. Het kan hierbij gaan om een 1e verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van Menzis voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of Menzis u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar Menzis.

#### **Let op**

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met Menzis, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeld u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met Menzis geen overeenkomst heeft.
- Als u een 2e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor voorafgaande toestemming van Menzis nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw verpleegkundig specialist een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelenaanvraagformulier vindt u op [znformulieren.nl](https://www.znformulieren.nl). Meer informatie kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.
- Als Menzis maar 1 leverancier voor een bepaald hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan Menzis de toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

### **Gebruik hulpmiddel**

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en

het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan Menzis de kosten hiervan op u verhalen.

### **i Let op**

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.
- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet-klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosediens.

## **In-vitrofertilisatie (IVF)**

IVF en ICSI zijn vruchtbaarheidsbehandelingen. In vitro fertilisatie (IVF) betekent ‘in glas bevruchting’ en wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. ICSI staat voor intracytoplasmatische spermainjectie. De bevruchting van de vrouwelijke eicel door een mannelijke zaadcel vindt bij deze behandelingen kunstmatig plaats. IVF-behandeling heeft in het kader van stepped care een eigen plaats. Bij de keuze van de behandeling wordt rekening gehouden met de effectiviteit, de intensiteit van deze behandeling voor paren, de risico's en de kosten.

### **Welke zorg**

Waar u precies recht op heeft, hangt af van uw leeftijd. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40.

#### **Jonger dan 38 jaar:**

U heeft recht op vergoeding van kosten van de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> poging IVF per te realiseren zwangerschap. Voor de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> poging IVF per te realiseren zwangerschap geldt dat u daarop alleen recht heeft als er maximaal 1 embryo wordt teruggeplaatst. Bij de 3<sup>e</sup> poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

#### **38 jaar tot en met 42 jaar:**

U heeft recht op vergoeding van kosten van de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> poging IVF per te realiseren zwangerschap. Bij elke poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

### **i Let op**

- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van IVF als u 43 jaar of ouder bent. U heeft wel recht op vergoeding van kosten van IVF voor zover het een poging IVF betreft die reeds is aangevangen voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel, zijn geen verzekerde zorg. Ook de niet-medische kosten van spermadonatie zijn geen verzekerde zorg. Dit zijn onder andere de aanschafkosten en de kosten van vervoer van het sperma.



---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.