

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500099

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster.

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 4 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Verzoekster heeft de commissie op 21 mei 2025 een aanvullende verklaring van haar arts toegestuurd.
- 1.3. Bij brief van 30 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.4. De brief van 2 juli 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer 2025013687) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 juli 2025 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 augustus 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 2 juli 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 4 september 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgvariatiepolis (combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top Collectief en Uitgebreide Tandarts Collectief (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.

- 2.2. De behandelend plastisch chirurg heeft ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een endoscopische voorhoofdslift.
- 2.3. Bij brief van 16 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. In januari 2025 is bij verzoekster een endoscopische voorhoofdslift uitgevoerd.
- 2.6. Bij brief van 2 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 4 september 2025 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de bij haar uitgevoerde endoscopische voorhoofdslift te vergoeden.
- 3.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in haar brief van 4 maart 2025, dat zij aan één van de twee voorwaarden voldoet voor de uitvoering van een voorhoofdslift. Aan de andere voorwaarde voldoet zij echter niet omdat zij hiervoor al twee keer is geopereerd. Er wordt door de ziektekostenverzekeraar niet verder dan de regels gekeken. De behandelend arts heeft zonder twijfel gekozen voor een endoscopische voorhoofdslift. Een andere optie was een wenkbrauwlift, maar volgens de arts zou dit niet voldoende resultaat hebben om de bestaande klachten te verhelpen. Een wenkbrauwlift zou volgens verzoekster wel door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Dit komt volgens verzoekster omdat deze operatie mag worden uitgevoerd door een oogheilkundig chirurg en niet door een plastisch chirurg. Verzoekster is al jarenlang onder behandeling vanwege een extreem hoge myopie van -20,5 en -23. Hierdoor kampt zij met aanspanningshoofdpijn. Zij heeft al meerdere ooglidcorrecties gehad en botuline-injecties gebruikt. Verzoekster voelt zich niet gehoord en vindt het verontrustend dat de zorg die zij nodig heeft niet wordt vergoed.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij vanwege een aangeboren afwijking al sinds haar vijfde jaar lenzen draagt en onder behandeling is bij een Oogziekenhuis. Door de hoofdpijn die zij heeft ontwikkeld heeft zij meerdere ooglidcorrecties laten uitvoeren. Dit heeft haar onvoldoende geholpen. Botuline injecties hadden een positief effect, maar uiteindelijk moest er steeds meer gebruikt worden om het gewenste effect te bereiken. In de Covid-19 periode heeft verzoekster verlichting gezocht in het gebruik van pijnstillers. Na onderzoek in het ziekenhuis moest zij hier direct mee stoppen. Zij had de optie om over te gaan op zwaardere medicatie, maar gelet op de bijwerkingen heeft verzoekster hier niet voor gekozen. Een tweede mogelijkheid was een wenkbrauwcorrectie, maar hiermee zou het probleem niet volledig worden verholpen. De laatste optie was de voorhoofdslift. De plastisch chirurg heeft verzoekster verteld dat als de behandeling zou worden uitgevoerd door een andere discipline deze wel vergoed zou worden. Weliswaar is er bij verzoekster geen spraken van fysieke verminking, maar psychisch heeft zij er heel veel last van. Het doet verzoekster pijn dat er in de beoordeling niet naar het totale plaatje gekeken wordt. Verzoekster heeft de behandeling inmiddels laten uitvoeren omdat zij niet langer wilde wachten. Het resultaat van de ingreep is helaas niet wat verzoekster ervan had gehoopt. Nadat de zwelling van de ingreep verminderde kwamen ook de hoofdpijnlachten terug.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de aanvraag voor een endoscopische voorhoofdslift terecht heeft afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd, in de brief van 30 mei 2025, dat verzoekster hiervoor geen verzekeringsindicatie heeft omdat geen sprake is van een functionele gezichtsveldbeperking met een verticale lidspleet kleiner dan 7 mm. De situatie van verzoekster voldoet daarom niet aan de verzekeringsvoorwaarden. Een behandeling van plastisch chirurgische aard komt enkel voor vergoeding in aanmerking als sprake is van verminking of een aantoonbare functiebeperking. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken.
- 4.2. De behandelend arts heeft - nu verzoekster niet aan de verzekeringsvoorwaarden voldoet – gevraagd voor haar een uitzondering te maken. De achtergrond hiervan is echter niet medisch door hem onderbouwd. Hierdoor ontbreekt een medisch oordeel over de uitzonderlijkheid van de situatie van verzoekster en is onduidelijk waarom de arts van oordeel is dat een uitzondering zou moeten worden gemaakt.
- 4.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft aangegeven dat geen sprake is van een lidspleet kleiner dan 7 mm en dat de klachten van verzoekster vooral subjectief van aard zijn. Spanningsklachten van de voorhoofdspier vormen geen indicatie voor vergoeding van een wenkbrauw- of voorhoofdslift. De ziektekostenverzekeraar kiest ervoor geen uitzondering te maken.
- 4.4. Als wel sprake zou zijn van een vergoedingsindicatie voor een voorhoofdslift, acht de ziektekostenverzekeraar die behandeling niet doelmatig. Een voorhoofdslift is ingrijpender, risicovoller en duurder dan een wenkbrauwlift. Uit het dossier blijkt niet waarom verzoekster niet voldoende geholpen zou zijn met een wenkbrauwlift.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en verklaard dat op de aanvraag door de arts is aangegeven dat verzoekster niet aan de voorwaarden voldoet. Dan volgt direct een afwijzing. De bijzondere omstandigheden van verzoekster zijn pas naar voren gekomen bij de klacht. Het verzoek om een uitzondering te maken op de wet- en regelgeving is niet nader onderbouwd in het dossier. Daarnaast kan niet worden opgemaakt waarom is gekozen voor een voorhoofdslift en niet voor een ander alternatief. De VAV-werkwijzer laat weinig ruimte om de hoofdpijnklaarten van verzoekster mee te nemen in de beoordeling.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 2 juli 2025, (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 4 september 2025) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verminking

Het dossier bevat elf foto's, waarvan drie van het gehele hoofd en acht van de ogen. Op alle foto's is zichtbaar dat de oogleden en wenkbrauwen redelijk symmetrisch zijn. Er is om die reden geen sprake van een verminking zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer.

Lichamelijke functiestoornis

In het aanvraagformulier geeft de plastisch chirurg aan dat sprake is van laagstand van de wenkbrauw onder de orbita rand. Er is volgens de plastisch chirurg echter geen sprake van een functionele gezichtsveldbeperking met een verticale lidspleet van 7 mm of minder. Op de foto's

zijn de wenkbrauwhaartjes redelijk zichtbaar. De rechterwenkbrauw bevindt zich op het niveau van de orbita rand. De linker wenkbrauw bevindt zich misschien net op of onder het niveau van de orbita rand. Om te beoordelen of sprake is van een gezichtsveldbeperking, moet een foto recht van voren gemaakt zijn en moet het voorhoofd zichtbaar zijn om te zien of het voorhoofd ontspannen is. De foto's die schuin van voren zijn genomen of van de zijkant, waarop verzoekster haar ogen gesloten heeft, waarop verzoekster naar beneden kijkt of waarop het voorhoofd niet zichtbaar is, zijn daarom niet geschikt om te beoordelen of er sprake is van gezichtsveldbeperking. De enige foto geschikt voor de beoordeling van een gezichtsveldbeperking is de foto waarop het voorhoofd van verzoekster ontspannen is en ze recht vooruit kijkt. Dat is de eerste foto in het toegezonden dossier. Op de foto is te zien dat de pupillen volledig onbedekt zijn. Er is dus geen sprake van een gezichtsveldbeperking. Het Zorginstituut merkt tot slot op dat hoofdpijnlachten zijn aan te merken als subjectieve klachten. Zoals ook aangegeven in de VAV-werkwijzer, zijn subjectieve klachten geen grond voor vergoeding van een voorhoofdslift ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat bij verzoekster geen sprake is van een verminking of een lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan hierdoor geen aanspraak maken op de vergoeding van een endoscopische voorhoofdslift ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een endoscopische voorhoofdslift ten laste van de basisverzekering.

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 A.22 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 plastische chirurgie en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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. Namens verzoekster is een aanvraag ingediend voor een endoscopische voorhoofdslift. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster voor deze behandeling, temeer nu haar arts heeft aangegeven dat dit voor haar de beste oplossing is voor haar klachten. Verzoekster heeft aan de commissie duidelijk uitgelegd in welke mate haar hoofdpijnlachten haar belemmeren in het dagelijks leven. Op de commissie rust echter de taak te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding op grond van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 7.3. De aangevraagde behandeling is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat en betrokkene redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. De voorwaarden met betrekking tot de verzekeringsindicatie staan in artikel 2.4 eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie beperkt zich daarom tot de onderdelen 1 en 2. In deze onderdelen staan de voorwaarden wil er sprake zijn

van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking in de zin van de zorgverzekering, opgenomen. Hierbij toetst de commissie in het kader van de vraag of het een dan wel het ander aan de orde is aan de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), hierna: (VAV-werkwijzer). De VAV-werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan. Hoofdstuk 3 van de VAV-werkwijzer heeft betrekking op een wenkbrauw- en voorhoofdslift.

- 7.4. Volgens de regelgeving is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als iemand ernstige lichamelijke klachten heeft. Diegene wordt hierdoor dan sterk beperkt in de activiteiten van het dagelijks leven. In de VAV-werkwijzer staat dat dit het geval kan zijn wanneer de wenkbrauw zich onder het niveau van de orbita rand bevindt én er een gezichtsveldbeperking bestaat. Van een gezichtsveldbeperking is sprake bij een verticale lidspleet van 7 mm of minder. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie van 2 juli 2025 blijkt dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals hiervoor beschreven. De pupillen van verzoekster zijn namelijk volledig onbedekt, zoals blijkt uit een door haar overgelegde foto. De lichamelijke klachten die verzoekster ervaart in de vorm van aanspanningshoofdpijn zijn subjectief van aard en vormen om die reden, zo concludeert het Zorginstituut, onder verwijzing naar de VAV-werkwijzer, geen grond voor vergoeding van een een voorhoofdslift.
- 7.5. Volgens de regelgeving is sprake van verminking bij een ernstige misvorming, soms ook met weefseldefecten. Uit de VAV-werkwijzer volgt dat bij een aanvraag voor een voorhoofdslift zelden kan worden gesproken van verminking. Een voorbeeld waarbij dit het geval kan zijn is bij aangezichtsverlamming. Uit eerder genoemd advies van het Zorginstituut volgt dat de oogleden en wenkbrauwen van verzoekster redelijk symetrisch zijn en er bij haar geen sprake is van verminking.
De commissie ziet in het door verzoekster gestelde – met name haar stelling dat een aanvraag voor een wenkbrauwlift wél zou zijn goedgekeurd, maar dat deze behandeling in haar geval niet toereikend is - geen aanleiding om van de conclusies van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze daarom over. Dit betekent dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een endoscopische voorhoofdslift, zodat deze behandeling niet voor vergoeding op basis van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 7.6. In de aanvraag is verzocht voor verzoekster een uitzondering te maken en een endoscopische voorhoofdslift toe te staan, ondanks dat hiervoor een verzekeringsindicatie ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat een medische onderbouwing van dit verzoek ontbreekt en dat hij niet overgaat tot het maken van een uitzondering. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin volgen. De slotsom is dat de ziektekostenverzekeraar mocht overgaan tot afwijzing van de aanvraag. De vraag naar de doelmatigheid van de behandeling kan onbeantwoord blijven.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 september 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltaspleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Wenkbrauw- en voorhoofdslift

Er is vergoeding mogelijk bij:

- een verminking: Dit komt zelden voor. Een voorbeeld waarbij er een aanzienlijke asymmetrie kan optreden, is een uitval van de frontale tak van de n.facialis.
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis indien:
 - de wenkbrauw zich onder het niveau van de orbita rand bevindt én
 - er bestaat een gezichtsveldbeperking.

Van een gezichtsveldbeperking is sprake bij een verticale lidspleet afmeting van 7 mm of minder. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooï 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager t.g.v. laagstand van de wenkbrauw of dat de wenkbrauw zelf 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. (zie ook de definitie van een gezichtsveldbeperking in het kader hierboven). Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de patiënt ontspannen recht vooruit kijkt. Het dient aannemelijk te zijn dat correctie van de positie van de wenkbrauw deze gezichtsveld vermindering oplost.

Er is geen vergoeding mogelijk bij subjectieve klachten zoals moeheid, drukkend gevoel op het oog, etc.

Literatuur

Bosch WA vd, Mourits MP, Niekerk-Nanninga CP van. Onzinnige tweedeling bij ooglidafwijkingen. Medisch Contact 2005;33:316-7.
Bosch WA vd, Leenders I, Mulder P. Topographic anatomy of the eyelids and the effects of sex and age. Br J Ophthalmol 1999;83:347-52.
Cahill KV, Burns JA, Weber PA. The effect of blepharoptosis on the field of vision. Ophthal Plast Reconstr Surg 1987;3:121-5.

- een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis)
- een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Plastische chirurgie.
Het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarnaast de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en laboratoriumonderzoek. Als er een opname nodig is, omvat de zorg ook opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg, opname, verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor plastische chirurgie.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooï bij een forse overhang van de buik.
 - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.
 - U heeft verlamde of verslapte bovenoogleden.
De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
 - U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.
De ingreep bestaat uit het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen of transvrouwen. Bij transvrouwen moet de genderincongruentie (transseksualiteit) zijn vastgesteld. Dit doet een zorgaanbieder die meewerkt aan een transgendernetwerk.
 - U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (transseksualiteit).
 - U heeft een aangeboren misvorming.
Zoals een lip-, kaak- of gehemeltespleet, misvorming van het benig aangezicht. Of er is sprake van goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - U heeft een borstverkleining nodig.
Hiervan is sprake bij cup DD/E of groter (of cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Deze klachten komen door de zwaarte van uw borsten en beperken u aanzienlijk. Andere behandelingen of therapieën hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en niet te hoog.

- U heeft een laserbehandeling van de huid nodig.
Hiervan is sprake bij (in het oog springende) verminking of bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden afwijkingen niet als zodanig gezien.
- U heeft een neuscorrectie nodig.
Hiervan is sprake bij een fors beperkte doorgankelijkheid van de neus die niet op een andere manier te behandelen is. Een correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als een opname nodig is, komt deze voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname moet er medische noodzaak zijn in verband met geneeskundige zorg.
- De Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
De Werkwijzer is te vinden op vavolksgezondheid.nl onder 'Werkwijzers VAGZ/VAV'.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een behandeling die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen (Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN). Deze lijst staat op onze website.
- Voor een bovenooglidcorrectie beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Liposuctie van de buik.
- Verwijderen borstprothese zonder medische noodzaak.
- Plaatsen of vervangen borstprothese.
Als geen sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of

- agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen.
- De kosten van foto's die wij opvragen voor de aanvraag voor een akkoordverklaring.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Revalidatie

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Revalidatie.
Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg wordt verleend in de vorm van:
 - deeltijd- of dagbehandeling of
 - opname, als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname.

Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de medisch specialistische revalidatie.

Revalidatiezorg wordt geleverd door een samenhangend, interdisciplinair team, waarbij onder intensieve samenwerking alle teamleden aan hetzelfde behandel doel van de patiënt werken. Het team is verbonden aan een instelling voor revalidatie.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor revalidatie.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag.
Deze problemen worden veroorzaakt door:
 - stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of
 - een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Wat zijn de voorwaarden?

- U werkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen. De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Bedrijfsarts.