

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door Aevitae B.V.
te Heerlen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, pure tumescente liposuctie, stand wetenschap en
praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000713
Zittingsdatum : 11 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 16 maart 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) 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 voldaan. Op 29 april 2020 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 28 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 juni 2020 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De commissie heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) gevraagd een advies uit te brengen over het geschil. Bij e-mailbericht van 22 juli 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat een onderzoek is gestart om vast te stellen of liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules bij patiënten met lipodeem voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder is vermeld dat het onderzoek naar verwachting in het eerste kwartaal van 2021 is afgerond. Bij brief van 23 juli 2020 heeft de commissie aan partijen meegedeeld dat de behandeling van het geschil wordt aangehouden in afwachting van de uitkomst van voornoemd onderzoek.
- 2.4. Het Zorginstituut heeft vervolgens op verschillende momenten aan de commissie meegedeeld dat het onderzoek vertraging heeft opgelopen, zodat nog geen advies kon worden uitgebracht. Partijen zijn hierover geïnformeerd bij brieven van 13 januari 2021, 9 juli 2021, 28 juli 2021, 21 december 2021 en 24 februari 2022.
- 2.5. Het Zorginstituut heeft bij brief van 25 maart 2022 een voorlopig advies (zaaknummer: 2020025391) aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 maart 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 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.

- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 23 mei 2022 heeft het Zorginstituut een definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 mei 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 29 mei 2022 gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 2 juni 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet op het definitief advies gereageerd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Excellent Care (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is op 11 december 2019 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor pure tumescente liposuctie ingediend. In de aanvraag heeft de behandelend chirurg over verzoekster verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) Patiënte is slank geweest tot de eerste zwangerschap op haar 27e jaar. Ze kwam toen aan tot 79 kg. Hierna viel zij af tot 61 kg. Sindsdien heeft zij regelmatig geschommeld met haar lichaamsgewicht tot een maximum van 102 kg. Momenteel weegt zij ongeveer 96 kg. Op haar 30e jaar na de zwangerschappen is een liposuctie aan benen en buik uitgevoerd. Geleidelijk werden de armen en de schaamstreek dikker. Sinds de overgang wordt ook de maagstreek dikker. Tijdens het wandelen schuren de benen langs elkaar tot bloedens toe. Een dermatoloog constateerde een chronisch veneuze insufficiënte. Sindsdien draagt ze elastische kousen, doch heeft hier geen baat bij. Ze kreeg en krijgt geen dikke voeten (nu wel links na recente enkel operatie). Ze wil niet naar zichzelf in de spiegel kijken en vindt af en toe dat er van alles aan haar moet worden veranderd. Begeleiding door de psycholoog is niet goed afgerond. Patiënte kwam er volgens haar zeggen niet verder mee. Ze heeft in het verleden cursussen voor gewichtsverlies gevolgd en is bij diëtistes geweest. Momenteel komt ze in verband met de knie nog wekelijks bij de fysiotherapeut. Ze heeft geen pijnklachten aan de benen. Ze krijgt niet overdreven snel blauwe plekken.

(...)

Lichamelijk Onderzoek:

Aan de (boven)benen is een verdikte subcutane vetlaag aanwezig met een onregelmatig oppervlak. Het surplus aan weefsel is over het gehele (boven)been van proximaal tot distaal en geheel circulair aanwezig. Proximaal eindigen de vetophopingen lateraal aan de buitenzijde van de bovenbenen boven het trochantergebied en distaal loopt het vetsurplus door tot aan de knie. Er zijn geen subpatellaire pads aanwezig. Er is geen sprake van lumpvorming. Er is geen manchetvorming. Er is cellulite waarneembaar. De bovenarmen doen ook mee in het proces. De pinchtest is disproportioneel positief in de aangedane gebieden. De voetrug rechts is slank, Stemmer negatief. Links enige pitting oedeem aanwezig (status na recente enkeloperatie). Er is in enige mate overmatig rompvet aanwezig.

(...)

Conclusie:

Patiënte met lipoedeem komt, conform de multidisciplinaire richtlijn lipoedeem, in aanmerking [voor] behandeling van het lipoedeem middels pure tumescente liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules en uit te voeren onder plaatselijke verdoving. Aangezien er voor patiënte geen alternatieven zijn hoop ik dat u tot vergoeding overgaat. (...)"

- 3.3. Bij brief van 17 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende malen om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 29 januari 2020, 18 februari 2020 en 2 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 23 mei 2022 verklaard - voor zover hier relevant:

"(...) Op 25 maart 2022 heeft het Zorginstituut het voorlopig advies aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie op 18 mei 2022 het hoorzittingsverslag d.d. 11 mei 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek om een definitief advies. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut per abuis de vergoedingsvoorwaarden voor een abdominoplastiek (buikwandcorrectie) opgenomen terwijl het geschil betrekking heeft op een andere behandeling, namelijk liposuctie. Daarom brengt het Zorginstituut opnieuw een advies uit, de conclusie van het voorlopig advies blijft echter ongewijzigd.

(...)

Juridisch kader

Een behandeling kan slechts worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie indien het voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. In 2007 heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), nu Zorginstituut Nederland, een standpunt gepubliceerd met betrekking tot tumescente liposuctie bij lipoedeem. Bij tumescente liposuctie vindt onderhuidse vetuitzuiging plaats, nadat het gebied met grote hoeveelheden lidocaïne als verdovingsmiddel is ingespoten. Op basis van een zoekopdracht uitgevoerd in januari 2007 naar publicaties over tumescente liposuctie bij lipoedeem werd geconcludeerd dat tumescente liposuctie bij deze indicatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In de daarop volgende jaren heeft het Zorginstituut in meerdere geschillen wetenschappelijke literatuur beoordeeld en geconcludeerd dat liposuctie bij lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Recent, op 7 maart 2022, heeft het Zorginstituut opnieuw een standpunt uitgebracht over liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules bij patiënten met lipoedeem. Bij gebruik van vibrerende microcanules wordt alleen het vet verwijderd dat door de vibratie is losgemaakt. De conclusie van het standpunt is eveneens dat liposuctie bij lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en niet voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking komt.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld

Liposuctie met tumescente lokale anesthesie is een operatietechniek, waarbij overtollig vet wordt verwijderd onder lokale verdoving. Meerdere sessies zijn vaak noodzakelijk. Lipoedeem is een aandoening waarbij er sprake is van een abnormale verdeling van vetweefsel over het lichaam. Deze vetophopingen zijn niet gerelateerd aan eetgedrag of leefstijl. Er bestaat nog geen behandeling waarmee lipoedeem kan worden genezen. Het doel van bestaande behandelingen is het verbeteren van het functioneren en de kwaliteit van leven. Als het functioneren en de kwaliteit van leven niet voldoende verbeteren met conservatieve behandelingen, dan zou volgens medisch specialisten liposuctie met tumescente lokale anesthesie nog de enige optie zijn. Zij verwachten dat door het weghalen van het overtollige vet, de druk op de huid zal verminderen waardoor bijvoorbeeld pijnklachten afnemen. De verwachting is dat patiënten hierdoor beter zullen functioneren en een betere kwaliteit van leven zullen hebben.

Het Zorginstituut heeft voor het recente standpunt vijf gepubliceerde, actuele wetenschappelijke studies geselecteerd over de effecten van liposuctie bij patiënten met lipoedeem. Deze studies zijn beoordeeld met als doel vast te stellen of met voldoende zekerheid kan worden geconcludeerd of behandeling met liposuctie betere resultaten voor patiënten oplevert dan conservatieve behandelingen. De bewijskracht van de studies voor alle uitkomstmaten is van zeer lage kwaliteit

en de gevonden effecten zijn zeer onzeker. Om de meerwaarde van liposuctie aan te tonen, is onderzoek van goede kwaliteit nodig. Daarom heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat liposuctie bij patiënten met lipoedeem geen onderdeel uitmaakt van het basispakket.

Conclusie

Het beschikbare onderzoek toont niet aan dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules effectief is bij patiënten met lipoedeem. Daarom voldoet liposuctie bij lipoedeem niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en maakt de behandeling geen onderdeel uit van het basispakket. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag voor liposuctie met tumescente lokale anesthesie alsnog goed te keuren.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard, waaronder liposuctie met tumescente lokale anesthesie, en over de stand van de wetenschap en praktijk, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft lipoedeem aan de benen. Zij heeft verklaard dat zij een knieprothese heeft en dat zij door luxatie van de knieschijf is aangewezen op een brace. Deze past echter niet, omdat zij vetknobbels onder de knieschijf heeft door lipoedeem. Het gevolg hiervan is dat zij slecht kan lopen en regelmatig injecties nodig heeft tegen de pijn. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling van lipoedeem, zodat zij weer normaal kan lopen, niet langer is aangewezen op pijnbestrijding en om te voorkomen dat haar knieprothese vroegtijdig slijt. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat de behandeling volgens hem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit laatste wordt door verzoekster betwist. In dit verband verwijst zij naar het bindend advies van de commissie van 6 juni 2016 (SKGZ201501395) en de uitspraak van de rechtbank Gelderland van 14 februari 2019 (ECLI:NL:RBGEL:2019:983) waarin werd beslist dat de zorgverzekeraar deze behandeling moest vergoeden.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut in zijn advies van 25 maart 2022 de vergoedingsvoorwaarden voor een buikwandcorrectie heeft opgenomen, terwijl deze ingreep helemaal niet in geschil is. Daarnaast vraagt verzoekster zich af of bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk internationale wetenschappelijke literatuur is betrokken. Zo is zij ermee bekend dat de onderhavige ingreep in andere Europese landen wel wordt erkend en daar onder de dekking van de basisverzekering valt. Voorts heeft verzoekster ter zitting aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor cosmetische chirurgie en dat zij van mening is dat zij ook op grond van deze verzekering recht heeft op vergoeding van de onderhavige ingreep.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering slechts dekking bieden voor een behandeling als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De door verzoekster aangevraagde behandeling voldoet hier niet aan. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut.

Overwegingen commissie

- 6.4. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem zorg is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als aan deze voorwaarde is voldaan, kan de zorg onder de dekking van de zorgverzekering vallen. In dat geval moet nog wel worden beoordeeld of verzoekster hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft, de zorg doelmatig is, en is voldaan aan de overige toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Als de zorg echter niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk was de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar terecht. Dit volgt uit artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Artikel 1.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
- 6.5. De commissie neemt voor de beoordeling of de gewenste ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. 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.
- 6.6. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies over de vraag of de behandeling van lipoedeem door middel van liposuctie met tumescente lokale anesthesie 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 voor de commissie niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 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 kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) 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, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs 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. Het Zorginstituut heeft de zorg beoordeeld die in geschil is. Het advies van 23 mei 2022 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut verwijst naar zijn recente 'Standpunt liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules bij patiënten met lipoedeem' van 7 maart 2022. Daarin wordt op basis van de beoordeling van actuele wetenschappelijke studies geconcludeerd dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij patiënten met lipoedeem (vooralsnog) niet kan worden toegelaten tot het basispakket. De conclusie van het Zorginstituut is dat de behandeling van lipoedeem door middel van liposuctie met tumescente lokale anesthesie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat het beschikbare onderzoek niet aantoonde dat deze behandeling effectief is bij patiënten met lipoedeem.
- 6.9. Verzoekster heeft het voorgaande betwist en in dit verband verwezen naar het bindend advies van de commissie van 6 juli 2015 (SKGZ201501395) en de uitspraak van de Rechtbank Gelderland van 14 februari 2019 (ECLI:NL:RBGEL:2019:983). Ook heeft zij in algemene zin verwezen naar een uitspraak waarover zij in een televisieprogramma heeft gehoord, zonder hiervan een specifieke vindplaats te vermelden. Hoewel in beide hiervoor aangeduide zaken werd beslist dat de zorgverzekeraar de onderhavige ingreep moest vergoeden, blijkt hieruit niet dat de ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het bindend advies van 6 juli 2015 kwam de commissie tot de conclusie dat het Zorginstituut in het in die zaak aan de commissie uitgebrachte advies de internationale literatuur waar de verzekerde naar had verwezen ten onrechte niet had betrokken bij zijn beoordeling. Om die reden werd voorbij gegaan aan het advies dat het Zorginstituut in dat geschil aan de commissie had uitgebracht. Uit het voornoemde standpunt van 7 maart 2022 blijkt echter dat het Zorginstituut actuele relevante internationale wetenschappelijke literatuur heeft betrokken bij de beoordeling van de vraag of de onderhavige ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat de verwijzing naar het bindend advies van 6 juli 2015 geen doel treft. De Rechtbank Gelderland komt in zijn uitspraak van 14 februari 2019 tot de conclusie dat liposuctie bij lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (r.o. 4.15). Volgens de Rechtbank moet echter worden gekeken naar de effectiviteit van de behandeling ten behoeve van de knieoperatie(s) die de betrokken verzekerde moest ondergaan en komt hij in dat verband tot de conclusie dat de behandeling toch moet worden vergoed. De commissie kan deze overwegingen van de Rechtbank niet volgen. Zoals hiervoor is overwogen voldoet liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij patiënten met lipoedeem niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In dat geval is - overeenkomstig artikel 2.1, tweede lid, Bzv - geen sprake van een verzekerde prestatie die op grond van de zorgverzekering moet worden verstrekt of vergoed. Het voorgaande neemt overigens niet weg dat het medisch noodzakelijk kan zijn lipoedeem te behandelen, voordat een knieoperatie kan plaatsvinden. Hoewel in dat geval sprake is van een behandel noodzaak brengt dit niet met zich dat tevens sprake is van een verzekerde prestatie die door de ziektekostenverzekeraar moet worden verstrekt of vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dat de behandeling in het buitenland wordt uitgevoerd en dat de kosten in dat geval worden vergoed ten laste van de basisverzekering aldaar, zoals door verzoekster is betoogd, is in dit verband niet relevant. Staten beslissen zelf hoe zij hun sociale ziektekostenverzekering inrichten. Dekking en voorwaarden verschillen dan ook. Zo de stelling van verzoekster ten aanzien van de vergoeding al juist is, kunnen hieraan geen gevolgen worden verbonden voor de Nederlandse situatie.
- 6.10. De commissie ziet, nu verzoekster er niet in is geslaagd om aannemelijk te maken dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, mede gelet op de door de wetgever aan het Zorginstituut toegekende rol van pakketbeheerder en adviseur van de commissie in geschillen over verstrekkingen, geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de ingreep te vergoeden op grond van de zorgverzekering.

6.11. De ziektekostenverzekeraar hoeft de onderhavige ingreep evenmin te vergoeden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hoewel verzoekster terecht heeft opgemerkt dat deze verzekering onder bepaalde voorwaarden dekking kan bieden voor cosmetische chirurgie, is ook de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering beperkt tot zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit volgt uit artikel 1.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zoals hiervoor is overwogen, wordt aan deze voorwaarde niet voldaan.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juli 2022

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

II Algemene voorwaarden

Welkom bij Aevitae

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

1.1.1 Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

De bepalingen van de collectieve overeenkomst prevaleren indien en voor zover zij afwijken van het gestelde in deze verzekeringsvoorwaarden. Indien deze bepalingen niet langer van toepassing zijn op de verzekerde, worden de bepalingen van de individuele overeenkomst weer van toepassing.

1.2 Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)- methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3 Door wie mag de zorg worden verleend

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, tandarts, fysiotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Voor een aantal vormen van zorg is er sprake van door ons gecontracteerde, aangewezen of erkende zorgaanbieders. U krijgt in die gevallen geen of een lagere vergoeding als u gebruikmaakt van niet-gecontracteerde, niet-aangewezen of niet erkende zorgaanbieders. Dit wordt in de betreffende zorgartikelen aangegeven. Voor de overige vormen van zorg hebt u vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders en van de tarieven die wij vergoeden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. De erkende zorgaanbieders vindt u in het betreffende zorgartikel. Met sommige leveranciers hebben wij specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn onze voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers, wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

1.4 Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruikmaakt van zorg die door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u geen vergoeding of een lagere vergoeding ontvangt. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden of bij ons opvragen.

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.5 Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Wanneer u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u deze online indienen via Mijn Aevitae.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Verpleging en verzorging en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging en GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als 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. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - Afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst) en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

Wanneer heeft u recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (tegenwoordig Vereniging Artsen Volksgezondheid, VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

U heeft geen recht op:

- a. Behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan heeft u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. Het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. De in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. Het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. Het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, dan komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

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.

(...)

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:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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;

(...)

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. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese 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;

(...)

.