

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Onderlinge
Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. en DSW
Ziektekostenverzekeraar N.V., beide te Schiedam

Zaak : Plastische chirurgie, lower bodylift, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1
Rzv

Zaaknummer : 202300428

Zittingsdatum : 30 augustus 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeraar N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 17 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 mei 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 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Bij e-mailbericht van 27 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling hierop, meegedeeld dat in de brief van 23 juni 2023 wordt verwezen naar een brief van 4 oktober 2022, maar dat dit de brief van 9 november 2022 moet zijn. Tevens heeft hij de kleurenfoto's die van verzoekster zijn gemaakt aangeleverd. Kopieën van voornoemde brieven en de bijlagen zijn op 28 juni 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023025987) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 juli 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 augustus 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 5 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 juli 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 september 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het definitief advies is gewijzigd ten opzichte van het voorlopig advies. Dit definitief advies is op 19 september 2023 naar partijen gestuurd met de mogelijkheid op dit advies te reageren. Partijen hebben hier geen gebruik van gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering 2022 (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. In 2019 heeft verzoekster een gastric bypass ondergaan. Hierna is zij ruim 70 kg afgevallen, waardoor zij thans last heeft van huidoverschot. De behandelend plastisch chirurg heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ter behandeling van het huidoverschot ingediend. De aanvraag betreft een "abdominoplastiek inclusief verwijderen huid-/vetoverschot van flanken, buitenzijde bovenbenen en billen en opbouwplastiek billen (lower bodylift). Inclusief eventuele lift/reductie mons pubis".
- 3.3. Bij brief van 17 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat geen sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking en/of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis volgens de huidige wet- en regelgeving.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 13 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 18 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.
4. **Standpunt verzoekster**
 - 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag voor een lower bodylift alsnog goed te keuren.
 - 4.2. Verzoekster is ruim 70 kg afgevallen, waardoor er op verschillende plaatsen op haar lichaam huidoverschot is ontstaan. Zij heeft hier last van. In de brief van 16 september 2022 aan de ziektekostenverzekeraar deelt verzoekster mee dat zij voldoet aan de voorwaarden die gelden voor aanspraak op een lower bodylift. De medisch adviseur van haar rechtsbijstandsverzekeraar heeft in zijn advies van 13 september 2022 verklaard dat er aanwijzingen zijn dat zij voldoet aan de gestelde voorwaarden voor een buikwandcorrectie en lower bodylift. Haar behandelend plastisch chirurg heeft in de aanvraag van 9 augustus 2022 verklaard dat bij verzoekster sprake is van een Pittsburgh Rating Scale (hierna: PRS) graad 3. In de aanvraag is vermeld dat verzoekster geen wandeling kan maken, dat zij zweet en dat kleding - ook correctiekleding - haar lichaam afknelt. Tijdens het zitten in de auto knellen ook haar billen en rug. Daarbij is geslachtsgemeenschap pijnlijk voor verzoekster. Ook heeft zij last van smetplekken bij de navel, die daar altijd aanwezig zijn, en smetplekken in het midden van haar billen ten gevolge van de huidplooiën. Hiervoor gebruikt zij scheurlinnen, maïzena en talkpoeder. Verder heeft zij last van huidontstekingen. Verzoekster heeft ter onderbouwing van een en ander kleurenfoto's laten maken, die aan de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd. Zij betreurt het dat de ziektekostenverzekeraar haar niet heeft opgeroepen voor het spreekuur van zijn medisch adviseur. Verzoekster is van mening dat zij wel voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van de aangevraagde behandeling vanuit de zorgverzekering. Zowel de behandelend medisch specialist als de medisch adviseur van haar rechtsbijstandsverzekeraar is namelijk van mening dat sprake is van verminking omdat het hier een PRS graad 3 betreft.
 - 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop meegedeeld dat zij instemt met het voorlopig advies van het Zorginstituut, maar dat zij wel degelijk klachten heeft die haar belemmeren bij het sporten. Zij wil graag hardlopen, maar dit is met het buikschort niet prettig. Verzoekster deelt verder mee dat zij verbaasd is te horen dat de ziektekostenverzekeraar nu pas opwerpt dat alleen de buikwand een PRS graad 3 betreft, maar de overige lichaamsdelen als PRS graad 2 worden

beoordeeld. Volgens verzoekster is haar niet eerder verteld dat de beoordeling van een lower bodylift verschilt van die van een buikwandcorrectie.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In zijn brief van 29 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster niet voldoet aan de gestelde voorwaarden voor een buikwandcorrectie en lower bodylift. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat uit de aanvraag en de overgelegde foto's blijkt dat bij verzoekster sprake is van een PRS graad 2. Ook bestaat bij haar geen ernstige bewegingsbeperking, omdat bij verzoekster in staande positie het huidoverschot van de buik niet minimaal een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Voorts is op basis van de aanvraag en de foto's niet gebleken dat verzoekster last heeft van onbehandelbaar smetten. Hiervan is namelijk sprake als ondanks adequate behandeling niet te voorkomen of te genezen smetplekken in huidplooiën ontstaan die altijd daar ter plekke aanwezig zijn. Daarnaast moet zijn gebleken dat de smetplekken met conservatieve behandeling niet permanent verdwijnen, zodat een operatie nog de enige oplossing is. Dat is bij verzoekster niet aan de orde. In de brief van 18 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat een oproep voor het medisch spreekuur niet nodig is, omdat de kleurenfoto's geen vertekend beeld geven en deze uitstekend zijn te vergelijken met de foto's van de PRS-gradering voor de beoordeling van verminking en/of een lichamelijke functiestoornis.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling hierop, verklaard dat in het voorlopig advies wordt voorbijgegaan aan de specifieke criteria voor een lower bodylift. De voorwaarden schrijven namelijk voor dat in dat kader niet alleen naar de buikwand moet worden gekeken. In de situatie van verzoekster is specifiek vermeld dat de buikwand als PRS graad 3 is beoordeeld en daar wordt door het Zorginstituut de lower bodylift bij betrokken. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar zijn de overige lichaamsdelen in de aanvraag - zoals de flanken, bovenbenen, billen - niet als PRS graad 3, maar PRS graad 2 te beoordelen. De medisch adviseur merkt op dat de behandelend plastisch chirurg een lower bodylift heeft aangevraagd, en dit is een buikwandcorrectie met correctie van eerder genoemde andere lichaamsdelen. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut blijkt niet dat deze lichaamsdelen - naast de buikwand - in de beoordeling van de lower bodylift zijn betrokken. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou door hem voor een aanvraag van uitsluitend een buikwandcorrectie akkoord zijn gegeven. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat uit eerdere adviezen van het Zorginstituut blijkt dat bij een lower bodylift het geheel moet worden beoordeeld en niet alleen de buikwand. Hij vraagt de commissie dit voor te leggen aan het Zorginstituut.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 13 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...)

Verminking

Het dossier bevat foto's in kleur, gemaakt door een medisch fotograaf. Omdat er sprake is van een driedubbele plooiing van de buikhuid is er sprake van PRSgraad 3. Dit betekent dat gesproken kan worden van een verminking in de zin van de regelgeving.

Lichamelijke functiestoornis

Verzoekster geeft aan dat zij last heeft van smetplekken bij de navel die continue aanwezig zijn en smetplekken in het midden van haar billen ten gevolge van de huidplooiën. Hiervoor gebruikt zij scheurlinnen, maïzena en talkpoeder. Daarbij heeft verzoekster last van huidontstekingen. Een dermatoloog geeft echter aan dat geen sprake is van onbehandelbare smetplekken. Op basis van de beschikbare foto's lijkt er verder geen sprake van bedekking van de huidplooi van ten minste een kwart van de lengte van het bovenbeen. Er kan derhalve niet gesproken worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de regelgeving.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat bij verzoekster sprake is van een verminking, zoals omschreven is in artikel 2.4, onder b, van het Bzv. Verzoekster kan daarom aanspraak maken op de vergoeding van een lower bodylift ten laste van de basisverzekering. Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat bij verzoekster geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft een (verzekerings)indicatie voor een lower bodylift en kan aanspraak maken op vergoeding van deze zorg ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 18 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zoals verweerder stelt heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies enkel de buikhuid beoordeeld aan de hand van de PRS. Mogelijk is er verwarring ontstaan door de brief d.d. 29 september 2022 van verweerder. In deze brief gaat verweerder in op de vergoeding van een buikwandcorrectie en geeft verweerder aan dat sprake is van PRS 2 van de buikhuid. Vervolgens geeft verweerder aan dat ook een lower bodylift niet voor vergoeding in aanmerking komt maar er wordt verder niet ingegaan op de beoordeling van de overige lichaamsgebieden met behulp van de PRS (rug, flanken, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis).

Verminking

Het dossier bevat foto's in kleur, gemaakt door een medisch fotograaf. Omdat er sprake is van een driedubbele plooiing van de buikhuid is er sprake van PRSgraad 3 van de buik. Er is echter geen sprake van PRS graad 3 bij andere lichaamsgebieden, derhalve heeft verzoekster geen (verzekerings)indicatie voor een lower bodylift. Een buikwandcorrectie kan mogelijk wel voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. Hiervoor is echter geen aanvraag gedaan en deze behandeling is ook niet in geschil.

Lichamelijke functiestoornis

Verzoekster geeft aan dat zij last heeft van smetplekken bij de navel die continue aanwezig zijn en smetplekken in het midden van haar billen ten gevolge van de huidplooiën. Hiervoor gebruikt zij scheurlinnen, maïzena en talkpoeder. Daarbij heeft verzoekster last van huidontstekingen. Een dermatoloog geeft echter aan dat geen sprake is van onbehandelbare smetplekken. Op basis van de beschikbare foto's lijkt er verder geen sprake van bedekking van de huidplooi van ten minste een kwart van de lengte van het bovenbeen. Er kan derhalve niet gesproken worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de regelgeving.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van PRS graad 3 van de buikhuid. Er is geen sprake van PRS graad 3 van de rug, flanken, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een lower bodylift ten laste van de basisverzekering. Mogelijk kan verzoekster wel aanspraak maken op vergoeding van een buikwandcorrectie ten

laste van de basisverzekering. Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat bij verzoekster geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een lower bodylift."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14, derde lid, onder b van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' en behandelingen van plastische chirurgische aard 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.
- 8.2. De commissie stelt vast dat de bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoekster ingediende aanvraag ziet op een lower bodylift. In eerdere bindende adviezen heeft de commissie bepaald dat de aanvraag leidend is bij de beoordeling. Of verzoekster al dan niet voldoet aan de voorwaarden voor een buikwandcorrectie vormt daarom geen onderwerp van deze procedure.
- 8.3. De zorgverzekering biedt dekking voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een lower bodylift. Hiervoor gelden de voorwaarden zoals bepaald in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel 18, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De specifieke voorwaarden voor een behandeling van plastisch-chirurgische aard zijn nader uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (hierna: VAV-werkwijzer). De VAV Werkwijzer wordt door de zorgverzekeraars gehanteerd als richtlijn bij de beoordeling van aanvragen voor plastisch-chirurgische behandelingen. De commissie sluit hierbij aan.
- 8.4. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie zal daarom toetsen aan de onderdelen 1 en 2, te weten afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken en verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.

Verminking

- 8.5. Aanspraak op een lower bodylift bestaat als sprake is van verminking in de zin van de verzekeringsvoorwaarden, waaronder in dit verband wordt verstaan PRS graad 3 in een (symmetrisch) lichaamsgebied. Hierbij gaat het om rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis. Uit eerdere adviezen van het Zorginstituut aan de commissie valt op te maken dat het niet noodzakelijk is PRS graad 3 te hebben op alle gebieden (o.a. GcZ, 10 oktober 2018, SKGZ201800350). Een lower bodylift is echter alleen bij een uitgebreid beeld van verminking doelmatige en verzekerde zorg. Naar aanleiding van hetgeen door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is aangevoerd, erkent het Zorginstituut in het definitief advies van 18 september 2023 dat in het voorlopig advies enkel de buikwand is beoordeeld aan de hand van de PRS, terwijl hierbij ook de andere lichaamsgebieden hadden moeten worden betrokken. Ten aanzien van die andere

lichaamsgebieden geldt dat geen sprake is van PRS 3. Vervolgens wordt geconcludeerd dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van een - uitgebreid beeld van - verminking.

Aantoonbare lichamelijke functiestoornis

- 8.6. In zowel het voorlopig als het definitief advies stelt het Zorginstituut vast dat bij verzoekster geen sprake is van onbehandelbaar smetten, terwijl daarnaast uit de foto's niet blijkt dat de huidplooi ten minste een kwart van de lengte van het bovenbeen bedekt. Er kan daarom niet gesproken worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de regelgeving, aldus het Zorginstituut. Omdat een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bij verzoekster ontbreekt, adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is aangevoerd geen aanleiding van het advies af te wijken en volgt dit dan ook.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2023,

H.A.J. Kroon

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. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

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

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

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemertespleten, 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.

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.

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.

ARTIKEL 18 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 1 ALGEMEEN

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- a. medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch);
- b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

Voor de volgende vormen van medisch-specialistische zorg gelden andere voorwaarden: revalidatie (artikel 23 van deze polisvoorwaarden), mondzorg door een kaakchirurg (artikel 33 van deze polisvoorwaarden), curatieve GGZ (artikel 37 van deze polisvoorwaarden) en sportgeneeskunde (artikel 41 van deze polisvoorwaarden). In de genoemde artikelen vindt u onder welke voorwaarden deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

LID 2 KLINISCHE EN NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

LID 2.1.1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG MET OPNAME (KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis of ZBC (instellingen voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.

LID 2.1.2 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ZONDER OPNAME (NIET-KLINISCHE ZORG)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Meer informatie vindt u op onze website.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

- a. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG, GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts), optometrist of orthoptist. In het geval van spoedeisende hulp is geen verwijzing noodzakelijk.
- b. Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- c. Voor een kaakchirurgische behandeling mag u ook een verwijzing van een tandarts of orthodontist hebben.
- d. Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij maximaal de door ons vastgestelde vergoeding.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 1. lip-, kaak- of gehemelte spleten;
 2. misvorming van het benig aangezicht;
 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.