

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401418

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
  - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 16 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 januari 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. Bij brief van 5 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 februari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 26 februari 2025 respectievelijk 11 maart 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 maart 2025 een aanvulling op haar klacht gezonden. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld te reageren. Bij brief van 19 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit en ONVZ Wereldfit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft op 3 juli 2024 in een privékliniek een capsulectomie laten uitvoeren en haar borstprothesen laten verwijderen. De nadien ontvangen nota heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze heeft hierop afwijzend beslist.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar het met verzoekster gevoerde telefoongesprek bevestigd en aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

### 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de op 3 juli 2024 uitgevoerde capsulectomie en verwijdering van haar borstprothesen te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij al geruime tijd last had van de borstprothesen. Medio 2024 heeft de huisarts haar verwezen naar een internist die tot de conclusie kwam dat de borstprothesen moesten worden verwijderd. Dit omdat bij verzoekster sprake was van Baker klasse IV. Gelet op het feit dat de klachten toenamen wilde verzoekster de borstprothesen zo snel mogelijk laten verwijderen. Omdat in de reguliere ziekenhuizen aanzienlijke wachttijden waren heeft zij zich gewend tot een privékliniek. In deze kliniek was wél op korte termijn plek. Verzoekster heeft verschillende keren telefonisch contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar teneinde duidelijkheid te krijgen of de voorgestelde behandeling werd vergoed. Van de betreffende medewerkers kreeg verzoekster telkens het advies informatie aan te leveren. Zo moest zij kopieën sturen van de verwijzing door de huisarts, de door de internist afgegeven verklaring, en het behandelplan. Al deze informatie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Met het insturen van het gevraagde, in combinatie met de mededeling door de kliniek dat 70% van de kosten wordt vergoed, vertrouwde verzoekster erop dat de kosten grotendeels voor rekening van de ziektekostenverzekeraar zouden komen. Tot op heden vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten echter niet. Verzoekster is het hier absoluut niet mee eens en zij stelt onvoldedig door de ziektekostenverzekeraar te zijn voorgelicht. Tijdens de met haar gevoerde telefoongesprekken is door de diverse medewerkers van de ziektekostenverzekeraar nooit erop gewezen dat een aanvraag moet worden ingediend en dat de in te dienen nota aan allerlei eisen moet voldoen. Als verzoekster dit vooraf had geweten, had zij de ingreep ergens anders laten uitvoeren.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 10 maart 2025 heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zeker vijf keer telefonisch contact heeft gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens al deze contacten is de vraag aan de orde gekomen welke gegevens nodig waren van zowel verzoekster als de zorgaanbieder. Aan verzoekster is telkens meegedeeld dat meer informatie moest worden opgestuurd. Deze informatie is vervolgens door verzoekster overgelegd, maar vanuit de ziektekostenverzekeraar volgde, op een ontvangstbevestiging na, geen inhoudelijke reactie. Pas nadat de ingreep al was uitgevoerd werd het verzoekster duidelijk dat de kosten alleen worden vergoed als de ingreep plaatsvindt in een ziekenhuis. Verzoekster voelt zich dan ook door de ziektekostenverzekeraar misleid.

### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de betrokken kliniek de verleende zorg niet heeft gedeclareerd door middel van een DBC-code. In dit verband geldt dat zorgaanbieders op grond van de artikelen 35 en 50 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) medisch specialistische zorg alleen mogen declareren volgens de geldende prestatie- en tariefbeschikking medisch specialistische zorg (TB/REG-25610-01) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Als een zorgaanbieder hier niet aan voldoet, staat het een zorgverzekeraar vrij vergoeding van de kosten te weigeren. In de situatie van verzoekster bestaat de door de privékliniek op de nota vermelde DBC-code niet, dan wel komt deze niet overeen met de 'Tarieventabel dbc-zorgproducten en overige zorgproducten'. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gezocht met de privékliniek. Tijdens dit contact heeft een medewerker van de kliniek verklaard dat niet wordt gewerkt met de geldende DBC-systematiek. Hieruit concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de zorgaanbieder in de situatie van verzoekster niet volgens de geldende beschikking van de NZa heeft gedeclareerd, waardoor het de ziektekostenverzekeraar vrij stond vergoeding van de kosten te weigeren.

4.2. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster hem weliswaar voorafgaand aan de ingreep om toestemming heeft verzocht, maar dat zij deze toestemming niet heeft afgewacht. De ziektekostenverzekeraar meent daarnaast dat achteraf gezien de gevraagde toestemming terecht niet werd verleend omdat de wijze van declareren niet aan de wettelijke eisen voldoet.

Voor zover verzoekster stelt dat zij onjuist en onvolledig is voorgelicht wordt dit door de ziektekostenverzekeraar betwist. Van de door verzoekster genoemde telefoongesprekken is door de ziektekostenverzekeraar geen notitie gemaakt, waardoor niet meer is te achterhalen wat exact aan verzoekster is meegedeeld. Eén gesprek met verzoekster is wel gelogd en hieruit blijkt niet dat verzoekster hierbij onjuist of onvolledig is voorgelicht.

4.3. In reactie op hetgeen verzoekster heeft gesteld in haar e-mailbericht van 10 maart 2025 voert de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 19 maart 2025 aan dat hij alleen bekend is met een telefonisch contact dat op 20 juni 2024 heeft plaatsgevonden. Het transcript van dit gesprek is eerder door de ziektekostenverzekeraar overgelegd. Uit dit transcript volgt dat verzoekster is geadviseerd vooraf bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag in te dienen. Ook is verzoekster toen meegedeeld welke informatie relevant is om de aanvraag goed te kunnen beoordelen. Hierbij wordt bedoeld op een geldige verwijzing en het feit dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering vooraf toestemming moet worden gevraagd. Dat dit ook daadwerkelijk aan verzoekster is meegedeeld blijkt uit een schrijven van verzoekster van 30 juli 2024 waarin zij stelt dat er informatie moest worden gestuurd. De ziektekostenverzekeraar kan de stelling van verzoekster dat zij meerdere keren heeft gebeld niet plaatsen, omdat dit niet terug te vinden is in het registratiesysteem. Ook herkent de ziektekostenverzekeraar zich niet in de stelling van verzoekster dat zij onjuist zou zijn geïnformeerd. Uit de stellingen van verzoekster leidt de ziektekostenverzekeraar juist af dat zij correct is geïnformeerd, aangezien haar is gevraagd waar de ingreep wordt uitgevoerd. Voor zover de ziektekostenverzekeraar kan nagaan is de zorgaanbieder waar verzoekster de ingreep heeft laten uitvoeren een Zelfstandig Behandel Centrum en mag de betreffende ingreep hier ook worden uitgevoerd.

Pas na het indienen van de aanvraag (inclusief begroting) op 26 juni 2024 werd de ziektekostenverzekeraar duidelijk dat de zorgaanbieder niet declareert met een DBC-code. Navraag op 9 juli 2024 bij de zorgaanbieder bevestigde dit. Tevens werd tijdens dit contact duidelijk dat verzoekster de ingreep al op 3 juli 2024 had laten uitvoeren zodat door verzoekster niet werd voldaan aan het toestemmingsvereiste. Dat wil zeggen dat de toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet is afgewacht. Het beoordelen van een aanvraag kost enige tijd. En de ziektekostenverzekeraar wist ten tijde van de aanvraag niet dat de ingreep al op 3 juli 2024 zou plaatsvinden. Van de ziektekostenverzekeraar kon in redelijkheid niet worden verwacht dat hij de aanvraag van 26 juni 2024 al vóór 3 juli 2024 – dat wil zeggen binnen 5 werkdagen – zou afhandelen en verzoekster op de hoogte zou stellen van zijn afwijzende beslissing.

Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat de zorgaanbieder overeenkomstig artikel 4 van de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-028) van de NZa verplicht was verzoekster te informeren over het feit dat de zorg niet onder de dekking van de zorgverzekering viel én welke kosten voor eigen rekening zouden blijven. Voor zover de zorgaanbieder dat heeft nagelaten kan dit de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

## 5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de ‘Algemene regels en Vergoedingen’ van de zorgverzekering.

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

## 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie en het toestemmingsvereiste alsmede die uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) 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.

### *Zorgverzekering*

- 6.2. De zorgverzekering biedt onder bepaalde voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een capsulectomie en het verwijderen van borstprothesen. Dit blijkt uit het bepaalde op de pagina's 70 tot en met 72 van de 'Algemene regels en Vergoedingen 2024' van de zorgverzekering. Voor de aanspraak op grond van de zorgverzekering geldt hierbij dat behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzoekster heeft onweersproken gesteld dat bij haar sprake was van Baker klasse IV, en de ziektekostenverzekeraar heeft zich overigens niet erop beroepen dat verzoekster vóór de ingreep niet voldeed aan de hiervoor genoemde voorwaarden met betrekking tot de indicatie. De op 3 juli 2024 bij verzoekster uitgevoerde capsulectomie en verwijdering van borstprothesen wordt door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed omdat hiervoor voorafgaand aan de ingreep door hem geen toestemming is gegeven, terwijl daarnaast de betrokken zorgaanbieder niet heeft gedeclareerd door middel van een bestaande DBC-code. De commissie overweegt als volgt.
- 6.3. Zoals hiervoor is uiteengezet, is op de pagina's 70 tot en met 72 van de 'Algemene regels en Vergoedingen' de aanspraak op plastisch chirurgie geregeld. In dat verband is onder meer bepaald dat voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar moet worden gevraagd én verkregen. Verwezen wordt naar de 'Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg' op de website van de ziektekostenverzekeraar. Op deze lijst staan ook de bij verzoekster uitgevoerde capsulectomie en het verwijderen van borstprothesen vermeld. Het hanteren van een toestemmingsvereiste is een zorgverzekeraar, gelet op artikel 14 Zvw, toegestaan. In de situatie van verzoekster staat vast dat zij de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep, namelijk op 26 juni 2025, om toestemming heeft verzocht. Zij heeft de behandeling vervolgens op 3 juli 2024 laten uitvoeren, terwijl de ziektekostenverzekeraar op die datum nog geen beslissing had genomen op de ingediende aanvraag. De op pagina 72 van de verzekeringsvoorwaarden genoemde toestemming was ten tijde van de ingreep dan ook nog niet verkregen zodat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond vergoeding van de kosten op die grond te weigeren.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat hij zijn toestemming en vergoeding van kosten hoe dan ook zou hebben geweigerd, omdat niet is gedeclareerd door middel van een DBC-code. Hiertoe overweegt de commissie dat op de offerte en op de nota die verzoekster van de privékliniek heeft ontvangen alleen de uitgevoerde ingrepen staan vermeld, met daarbij een bedrag, en een DBC-code. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de op de offerte en nota vermelde DBC-code niet bestaat. Daarnaast is het de ziektekostenverzekeraar uit een telefonisch contact met de zorgaanbieder gebleken dat de privékliniek niet werkt volgens de geldende DBC-systematiek. De commissie merkt op dat het een zorgaanbieder, op grond van artikel 35, eerste lid, Wmg en de aanvullende regels van de NZa, verboden is voor medisch specialistische zorg een ander tarief dan het rechtsgeldige tarief in rekening te brengen. Verder moet medisch specialistische zorg worden gedeclareerd met vermelding van de DBC-code. Het ontbreken hiervan of het vermelden van een onjuiste DBC-code, maakt het voor een zorgverzekeraar onmogelijk na te gaan welke prestatie precies is geleverd en of het vermelde tarief passend is bij die prestatie. Dit gegeven vormt voldoende grond vergoeding van de nota te weigeren. Als de zorgverzekeraar een ander tarief vergoedt dan het toepasselijke rechtsgeldige tarief, dan overtreedt hij daarmee het verbod van artikel 35, derde lid, Wmg.

### *Informatievoorziening*

- 6.5. Verzoekster heeft gesteld dat zij meerdere keren telefonisch contact heeft gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster is tijdens deze contacten verzuimd haar mee te delen dat een officiële aanvraag moet worden ingediend en dat de nota aan allerlei eisen moet voldoen.

De commissie overweegt dat, zoals hiervoor is uiteengezet, uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat in bepaalde gevallen een toestemmingsvereiste wordt gehanteerd. Voor verzoekster was dit aldus kenbaar, althans dit had voor haar kenbaar moeten en kunnen zijn. Gesteld noch gebleken is dat zij hiernaar bij de ziektekostenverzekeraar heeft geïnformeerd. De op een zorgverzekeraar rustende informatieplicht gaat niet zo ver dat hij gehouden is in de contacten met verzekerden ongevraagd in te gaan op alle toepasselijke voorwaarden.

Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten informeren dat op de nota ook (correcte) DBC-codes moeten zijn vermeld, geldt dat het op de weg van de zorgaanbieder ligt om een nota op te stellen die voldoet aan de daartoe geldende eisen. In de onderhavige situatie is dit niet gebeurd, hetgeen de ziektekostenverzekeraar niet is aan te rekenen. Eerst nadat verzoekster de in het geding zijnde offerte en vervolgens de nota ter declaratie had ingediend, kon de ziektekostenverzekeraar vaststellen dat deze niet de juiste gegevens bevatte en verzoekster hierover informeren, en dit heeft hij vervolgens ook gedaan. Van anderszins onjuiste of onvolledige informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraar is de commissie niet gebleken. Het feit dat vanuit de kliniek volgens verzoekster is meegedeeld dat 70% van de operaties wordt vergoed, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

*Slotsom*

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **7. Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 april 2025,

J.J.M. Linders

## 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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

## Ziekenhuis en medisch specialist

### Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

### Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland. Voor een geplande opname in het buitenland moet u bijvoorbeeld vooraf toestemming van ons hebben.

#### Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
3. Kaakchirurg: De kaakchirurg heet officieel tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie, kortweg MKA-chirurg
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. (zbc): Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Optometrist: Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

## ● Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                                                                                                                                                                        |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | In bepaalde gevallen                                                                                                                                                   |
| <b>Startfit</b>         | Geen vergoeding                                                                                                                                                        |
| <b>Benfit</b>           | Geen vergoeding                                                                                                                                                        |
| <b>Optifit</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij lichamelijke functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen</li><li>• Correctie flaporen tot 18 jaar</li></ul> |
| <b>Topfit</b>           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij lichamelijke functiestoornis</li><li>• Correctie flaporen tot 18 jaar</li></ul>                                            |
| <b>Superfit</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij lichamelijke functiestoornis</li><li>• Correctie flaporen tot 18 jaar</li></ul>                                            |

### ● Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Maar plastische chirurgie is veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

Hieronder leest u wanneer de Vrije Keuze Basisverzekering of aanvullende verzekering plastische chirurgie vergoedt. Wat de basisverzekering vergoedt, moet voor iedereen hetzelfde zijn. Daarom gebruiken zorgverzekeraars hiervoor de Werkwijzer plastische chirurgie<sup>1</sup> van de Vereniging Artsen Volksgezondheid. De voorwaarden in die werkwijzer gelden dus ook. Meer uitleg staat in het document '[plastische chirurgie](#)'.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis<sup>2</sup> heeft
2. verminkingen<sup>3</sup> door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslapte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. het veranderen van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg<sup>4</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering de [Ziekenhuisopname](#).

## Ziekenhuis en medisch specialist

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als de basisverzekering die niet vergoedt.

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

### Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist<sup>5</sup>, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc)<sup>6</sup>.

Soms moet de zorgverlener zelf ook voldoen aan voorwaarden zoals beschreven in de Werkwijzer plastische chirurgie<sup>1</sup>. In geval van zorg bij genderincongruentie, moet bijvoorbeeld sprake zijn van een multidisciplinair genderteam.

### Dit wordt niet vergoed

- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting in andere gevallen dan hierboven staan

## • Wat u zelf betaalt

### Geen eigen bijdrage

Voor plastische chirurgie betaalt u geen eigen bijdrage.

### Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor plastische chirurgie die onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

## • Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Bij acute zorg<sup>7</sup> is geen verwijzing nodig.

### Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup> staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Voor transgender vrouwen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms epilatie of laserbehandeling van gezichts- en halsbehaar. Dit valt ook onder de plastische chirurgie. Hiervoor moet u vooraf toestemming vragen.

Gaat u naar een zbc<sup>9</sup> uit ons Overzicht zbc's met toestemming? Dan heeft u onze toestemming nodig voor alle controles, onderzoeken en behandelingen. Neem hiervoor contact op met onze ZorgConsulent.

Ook voor vergoeding uit de aanvullende verzekeringen heeft u vooraf toestemming nodig. Alleen voor correctie van flaporen is geen toestemming nodig.

### ● Goed om te weten

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

#### **Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening**

Voor zorg in een zbc<sup>9</sup> krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

#### **Transgenderzorg is meer dan plastische chirurgie**

Bij genderincongruentie kan plastische chirurgie onderdeel zijn van een multidisciplinair zorgtraject. Let op dat keuzes aan het begin van dat traject gevolgen kunnen hebben voor de vergoeding van de plastische chirurgie of van andere zorg. Op onze website leest u meer over transgenderzorg.

#### **Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent**

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

#### **Uitleg**

1. Werkwijzer plastische chirurgie: Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard 2021 (versie 21.0). Deze vindt u op <https://vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav>
2. Functiestoornis: Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken
3. Verminkingen: Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
6. (zbc): Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde
9. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

---

## Wet marktordening gezondheidszorg

---

### Artikel 35

1. Het is een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:

- a. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel b, is vastgesteld;
  - b. dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel c, voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- (...)

(...)

3. Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen of aan derden te vergoeden.

### Artikel 50

1. De zorgautoriteit legt, met inachtneming van de artikelen 51 tot en met 56 en 59, in een beschikking ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief vast:

- a. of er sprake is van een vrij tarief, zijnde een tarief waarop artikel 35, eerste lid, onderdelen a en b, niet van toepassing is;
- b. of er sprake is van een vast tarief;
- c. of er sprake is van een bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening kan worden gebracht;
- d. de beschrijving van de prestatie, deel van de prestatie of geheel van prestaties behorend bij het tarief bedoeld in de onderdelen a, b en c.

Bij de toepassing van de aanhef en onderdelen b en c in de eerste volzin stelt de zorgautoriteit de hoogte van het tarief dan wel het bedrag dat als tarief in rekening kan worden gebracht vast in die beschikking.

(...)