Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501392

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij brief van 10 maart 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 april 2026 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 23 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 juni 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Goed en VGZ Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 februari 2025 een aanvraag ontvangen voor een borstverkleining, uit te voeren in België.

2.3. Verzoekster heeft op 6 en 7 maart 2025 een plastisch chirurgische behandeling ondergaan in België, waarbij niet alleen haar borsten zijn verkleind, maar ook een buikwandcorrectie, liposuctie en een bilvergroting hebben plaatsgevonden.

2.4. Bij brief van 24 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de borstverkleining geweigerd, waarbij hij aan verzoekster heeft meegedeeld dat zijn voorafgaande toestemming ontbreekt en dat daarnaast de uitgevoerde behandeling niet lijkt te voldoen aan de richtlijnen uit

de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ (hierna: de VAV-Werkwijzer).

2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door haar in België ondergane borstverkleinende operatie, volledig dan wel gedeeltelijk aan haar te vergoeden.

3.2. Bij brief van 2 juni 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster verklaard dat de borstverkleining is uitgevoerd op grond van een bestaande medische noodzaak. Haar behandelend plastisch chirurg heeft de ingreep dringend geadviseerd vanwege de aanwezige klachten, zoals chronische rug- en nekpijn, huidproblemen en psychische belasting. Wachten op formele goedkeuring zou haar gezondheid en welzijn verder hebben geschaad. Daarnaast heeft verzoekster gesteld dat zij onvoldoende is geïnformeerd over de eis van voorafgaande toestemming. Noch haar behandelend arts, noch het ziekenhuis heeft haar hierover geïnformeerd. Met goed vertrouwen in de medische zorg heeft zij de behandeling gepland en laten uitvoeren. Los van de ontbrekende toestemming blijft de medische noodzaak bestaan en zijn de criteria voor vergoeding nog steeds van toepassing.

3.3. In haar brief van 10 maart 2026, gericht aan de commissie, heeft verzoekster herhaald dat de borstverkleining die zij in maart 2025 heeft ondergaan medisch noodzakelijk was vanwege de aanhoudende klachten. Verzoekster wist niet dat vooraf om toestemming moest worden gevraagd en zij heeft dan ook te goeder trouw gehandeld. De afwijzing, enkel op basis van het ontbreken van voorafgaande toestemming, is onredelijk. Bij haar brief heeft verzoekster medische informatie, een foto, en een S2-formulier gevoegd.

3.4. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij alleen een aanvraag heeft ingediend voor een borstverkleinende operatie. In januari of februari 2025 heeft zij gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Zij wilde weten dat de procedure is voor het aanvragen van een plastisch chirurgische behandeling. Haar werd meegedeeld dat zij een machtiging moest hebben. Deze kon zij op de website vinden of het kon per post worden toegestuurd. Verzoekster heeft begrepen dat haar arts dat moest invullen. Haar is niet uitgelegd dat zij op een schriftelijke beslissing van de ziektekostenverzekeraar moest wachten. De operatiedatum was al bekend en die heeft zij laten doorgaan in de veronderstelling dat het wel goed zou komen. Vervolgens kreeg zij een afwijzend bericht.

3.5. Verzoekster heeft toegelicht dat zij al vóór haar 18e jaar een borstverkleining overwoog. Maar het is een zware ingreep, zodat zij eerst verschillende bh’s heeft geprobeerd, fysiotherapiebehandelingen heeft gehad en medicatie heeft geprobeerd. Met de tijd werd haar lichaam meer volwassen en kreeg zij steeds meer klachten. Op enig moment heeft gekozen voor liposuctie en overwoog zij ook direct haar borsten te laten verkleinen. In België was zij kon zij sneller worden geholpen en de behandelend arts adviseerde een combinatie-operatie. Ook is zij toen gewezen op de mogelijkheid van vergoeding van de operatie voor borstverkleining. Volgens verzoekster blijkt uit de medische verslagen dat de operatie noodzakelijk was. Er was sprake van smetplekken. Zij vindt het onbegrijpelijk dat zij geen vergoeding krijgt, alleen maar omdat zij niet wist dat zij een schriftelijke beslissing moest afwachten. Dat is haar niet expliciet verteld, anders had zij de borstverkleining niet laten uitvoeren.

3.6. Verzoekster heeft verklaard dat zij de brief van 27 februari 2025 heeft gekregen. Zij heeft daarop gereageerd en een medisch verslag meegestuurd. Een brochure heeft zij nooit ontvangen. Zij merkt verder op dat zij alleen een S2-formulier en een machtigingsformulier heeft ontvangen. Zij heeft verklaard niet te ontkennen dat zij toestemming moest krijgen, maar zij wist niet dat dit een schriftelijke beslissing moest zijn. Verzoekster heeft verklaard dat als ze had geweten dat ze een beslissing moest afwachten, ze dat had gedaan. De liposuctie moest zij namelijk ook zelf betalen. Daarnaar gevraagd door de commissie heeft verzoekster toegelicht dat zij al jaren last heeft van klachten door te grote borsten. Zij kon niet normaal sporten of kleding kopen. Alles deed de hele dag pijn en dat had ook gevolgen voor haar mentaal welbevinden. Zij wilde een operatie niet langer uitstellen. Zij heeft bevestigd dat er geen sprake was van een acute medische situatie.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 juni 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor sommige vormen van zorg een verwijzing, voorschrift en/of zijn voorafgaande schriftelijke toestemming nodig is. Wanneer gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is vereist dat vóóraf toestemming wordt gevraagd en verkregen. Als de toestemming of machtiging ontbreekt bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten.

4.2. In artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering is beschreven dat voor medisch-specialistische zorg een verwijzing is vereist, maar ook dat voor bepaalde behandelingen, waaronder plastische chirurgie, vooraf toestemming moet worden verkregen. Voor de specifieke voorwaarden die gelden voor plastische chirurgie verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dit artikel wordt ook verwezen naar de VAV-Werkwijzer. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid, Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut Nederland.

4.3. Voor zorg in het buitenland verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Ook hier is bepaald dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist. In spoedeisende situaties, waarbij de opname in het buitenland onverwacht plaatsvindt en de behandeling niet redelijkerwijs kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland, is geen voorafgaande toestemming vereist. Als sprake is van een spoedeisende opname, dan moet worden gebeld met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij op 12 februari 2025 van verzoekster een aanvraag heeft ontvangen. Bij brief van 27 februari 2025 is aan haar meegedeeld dat de verstrekte gegevens onvoldoende waren voor een juiste beoordeling en is verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Verzoekster is van 6 maart tot en met 7 maart 2025 opgenomen geweest in AZ Monica. Op 20 maart 2025 ontving de ziektekostenverzekeraar het operatieverslag. Hieruit blijkt dat, in afwijking van de oorspronkelijke aanvraag, niet alleen een borstverkleining is uitgevoerd, maar ook een buikwandcorrectie. Daarnaast wordt in het operatieverslag vermeld dat sprake was van een wens tot contouroptimalisatie, waarbij een liposuctie 360 en een bilvergroting (Brazilian Butt Lift) zijn uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag bij brief van 24 maart 2025 afgewezen.

4.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat aanspraak op planbare zorg in het buitenland op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Voorwaarde hierbij is dat toestemming moet zijn gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De toestemming moet worden verleend als de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en de zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn beschikbaar is. Als er geen toestemming is gevraagd, dan bestaat geen aanspraak op grond van de verordening. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster

met het indienen van de aanvraag om toestemming gevraagd, maar heeft zij de beslissing hierop niet afgewacht. Uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie volgt dat het ontbreken van voorafgaande toestemming onder bijzondere omstandigheden niet aan een verzekerde kan worden tegengeworpen. In de situatie van verzoekster was van dergelijke omstandigheden geen sprake, aldus de ziektekostenverzekeraar. De verordening blijft daarom buiten toepassing.

4.6. Waar het de zorgverzekering betreft, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aanspraak op plastische chirurgie is geregeld in artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarin is bepaald dat aanspraak op vergoeding bestaat, als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking, ten gevolge van een ziekte, ongeval of geneeskundige behandeling. Voor de nadere invulling van deze criteria wordt verwezen naar de VAV-Werkwijzer. Verder is in voornoemd artikel opgenomen dat, naast een voorafgaande verwijzing, de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist. Hoewel verzoekster voorafgaand aan de behandeling in België een aanvraag heeft ingediend, heeft zij de beslissing daarop niet afgewacht en de operatie ondergaan.

4.7. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie in een eerder bindend advies (Gcz202400740) overwogen dat artikel 14 van de Zorgverzekeringswet de zorgverzekeraars de bevoegdheid geeft om in hun verzekeringsvoorwaarden een vereiste van voorafgaande toestemming op te nemen voor bepaalde behandelingen. In dit verband is benadrukt dat het hanteren van een toestemmingsvereiste bij plastisch chirurgische behandelingen als redelijk moet worden aangemerkt, gelet op de strikte voorwaarden die voor vergoeding van dergelijke zorg gelden. Voorts is in het bindend advies overwogen dat, indien een verzekerde een behandeling laat uitvoeren zonder de vereiste voorafgaande toestemming af te wachten, het risico bestaat dat de kosten van de ingreep voor eigen rekening blijven. Dit brengt ook met zich mee dat niet wordt toegekomen aan een inhoudelijke beoordeling.

4.8. Verzoekster heeft aangevoerd dat het ontbreken van de vereiste toestemming haar niet kan worden tegengeworpen, omdat de borstverkleining medisch noodzakelijk was en haar behandelend arts de operatie dringend heeft geadviseerd in verband met chronische rug- en nekpijn, huidproblemen en psychische belasting. Het wachten op een formele goedkeuring zou haar gezondheid en welzijn hebben geschaad. Uit de overgelegde stukken blijkt echter niet dat het afwachten van een beslissing op de aanvraag medisch onverantwoord was. Daarnaast kan de ziektekostenverzekeraar verzoekster niet volgen in haar stelling dat zij onvoldoende zou zijn geïnformeerd over het vereiste van voorafgaande toestemming. Uit de interne registraties blijkt dat zij op 22 en 23 januari 2025 meermaals contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van plastische chirurgie. Tijdens deze contactmomenten zijn de volgende vragen aan de orde geweest:
- “Wat krijg ik vergoed voor plastische chirurgie?”
- “Wat krijg ik vergoed voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland?”
- “Wat krijg ik vergoed voor een borstverkleining of borstcorrectie?”
- “Heeft mijn zorgverlener een contract?”

Ook is aan verzoekster de brochure ‘Machtiging Buitenland’ gestuurd. De aard en inhoud van deze contacten maken dat redelijkerwijs mag worden aangenomen dat zij is geïnformeerd over de voor vergoeding geldende voorwaarden.

4.9. De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt dat (een deel van) de uitgevoerde operatie, in het bijzonder de bilvergroting, moet worden aangemerkt als cosmetische chirurgie zonder medische noodzaak. Dergelijke zorg valt buiten het verzekerde pakket, omdat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

4.10. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat hij alleen een aanvraag heeft ontvangen voor een borstverkleinende operatie en dat hij de overige plastisch chirurgische behandelingen die verzoekster heeft laten uitvoeren ter achtergrondinformatie heeft genoemd. Hij heeft verklaard dat de aanvraag voor een borstverkleining terecht is afgewezen. Voor plastische chirurgie gelden specifieke voorwaarden. Bij verzoekster is een borstverkleining uitgevoerd. Om te kunnen beoordelen of verzoekster aan de specifieke voorwaarden voldoet is vooraf een aanvraag nodig. De door verzoekster ingediende aanvraag bevatte onvoldoende informatie om de aanvraag te kunnen beoordelen. Daarom is op 27 februari 2025 aan verzoekster een brief gestuurd waarbij aanvullende vragen zijn gesteld. Daarin staat: *"Alleen wanneer alle opgevraagde stukken zijn ontvangen, kunnen wij uw aanvraag verder in behandeling nemen."* Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoekster hieruit kunnen opmaken en moeten weten dat er nog geen beslissing was genomen. Uit bindend adviezen van de commissie volgt dat een ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 14 Zorgverzekeringswet de toestemmingsvereiste in de verzekeringsvoorwaarden mag opnemen. De ziektekostenverzekeraar acht het redelijk dat in dit geval een toestemmingsvereiste geldt, omdat voor plastische chirurgie strikte voorwaarden gelden. Vooraf kan dan worden beoordeeld of een verzekerde aan die voorwaarden voldoet.

4.11. Wat betreft de informatievoorziening heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster op 22 en 23 januari 2025 telefonisch contact heeft opgenomen vanwege vragen over plastische chirurgie en niet-spoedeisende zorg. Aan verzoekster is ook een brochure 'Machtiging Buitenland' gestuurd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het niet aannemelijk dat verzoekster niet wist dat zij moest wachten op een beslissing. Ook is niet gebleken dat verzoekster de beslissing niet kon afwachten en dat er sprake was van een acute medische situatie.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden 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 de toestemmingsvereiste, alsmede die uit Verordening (EG) nr. 883/2004 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.

6.2. De commissie stelt vast dat het geschil louter ziet op de aanvraag voor een borstverkleinende operatie en de ziektekostenverzekeraar de overige chirurgische behandelingen als achtergrond bij de situatie heeft genoemd.

6.3. Verzoekster is naar België gegaan om daar zorg af te nemen. Omdat het hier gaat om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004, zal de commissie eerst hieraan toetsen. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval dat geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de Verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hier ambtshalve aan.
In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze

moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).

6.4. In dit geval heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd voor een deel van de uiteindelijk uitgevoerde behandeling, namelijk de borstverkleinende operatie, en wel door het indienen van een aanvraag, die door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen op 12 februari 2025. Zij heeft de beslissing hierop echter niet afgewacht en de operatie daarvóór al laten uitvoeren. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor verzoekster de toestemming voor de aangevraagde borstverkleining niet kon afwachten (Elchinov, zaak C-173/09). De verordening vindt onder deze omstandigheden geen toepassing.

6.5. Waar het de dekking van de zorgverzekering betreft, overweegt de commissie dat in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering een toestemmingsvereiste is opgenomen voor plastische chirurgie. In artikel 21 ‘Plastische en/of reconstructieve chirurgie’ van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat vooraf toestemming nodig is voor behandelingen die zijn vermeld op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische zorg. Op deze lijst is onder andere de mamareductie (borstverkleining) opgenomen. In de bepaling wordt ook verwezen naar artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hier is toegelicht dat als er geen voorafgaande toestemming is verkregen, geen aanspraak bestaat op (vergoeding van de kosten van) de zorg. Het staat vast dat verzoekster vooraf om toestemming voor de borstverkleinende operatie heeft gevraagd, maar de beslissing daarop niet heeft afgewacht.
De stelling van verzoekster dat zij niet bekend was met de toestemmingsvereiste en dat zij daarmee te goeder trouw heeft gehandeld, vindt geen steun in de feiten. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij de brief van 27 februari 2025 van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen. De commissie overweegt dat daarin staat: “*Graag ontvangen wij de volgende aanvullende informatie van u. Alleen wanneer alle opgevraagde stukken zijn ontvangen, kunnen wij uw aanvraag verder in behandeling nemen. Het doel van de machtiging en dus het opvragen van medische gegevens, is voorkomen dat u zorg ondergaat die achteraf niet voor vergoeding in aanmerking blijkt te komen*.” Verzoekster heeft gereageerd op deze brief, zodat zij redelijkerwijs wist of had moeten weten dat er een beslissing op haar aanvraag zou volgen.
Dat verzoekster stelt dat de borstverkleining medisch noodzakelijk was, maakt de conclusie niet anders. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag dan ook terecht afgewezen.

Slotsom

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 oktober 2026,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.
Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

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 griepreventie;
   2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
   3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
   4°. 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;
   5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
   1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
   2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
   3°. verlamde of verslapte 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 gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
   5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (…)”

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn VGZ of via de VGZ app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. Stuur de originele nota naar Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven. Soms vragen wij u een declaratieformulier in te vullen en mee te sturen. Kijk voor meer informatie op onze website. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Wij vergoeden alleen nota's die wij binnen 3 jaar hebben ontvangen. Deze 3 jaar gaan in op de eerste dag na de dag dat u weet van de opeisbaarheid van de vordering.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- 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 samen met eventueel bijbehorende documenten 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 en bijbehorende documenten 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.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. U heeft hiervoor onze schriftelijke voorafgaande toestemming nodig. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het notabedrag.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren;
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.
Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift
Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)
U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor bepaalde zorg kan de zorgaanbieder namens u toestemming aanvragen. Kijk voor meer informatie op onze website. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgaanbieder van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgaanbieder niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:
- Vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde ‘no show fee’)
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota’s van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- (Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 261 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 152 = € 304 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 21,50 = € 43 per dag Totaal: € 304 - € 43 = € 261 per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 261 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 549,41 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,40 per uur.
Medische noodzaak	
Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.	

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
  U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

a. Van 1 juli 2021 tot 1 januari 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
c. Van 1 oktober 2017 tot 1 juli 2025 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
d. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.
Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.
Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.
Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en 1.6. Tijdige zorgverlening van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en 1.6. Tijdige zorgverlening 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

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16. Medisch specialistische zorg en omvat behandelingen 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 gehemeltespleten, 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.

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.
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 Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Dit is niet verzekerd
a. Behandeling van verlamde of verslapte 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. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht
Bij een medisch specialist. Epilatie (ontharen) bij transgenderzorg mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en 1.6. Tijdige zorgverlening van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van
Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming
U heeft vooraf toestemming nodig voor behandelingen vermeld op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische zorg. U vindt deze lijst op onze website. U heeft geen toestemming nodig voor een primaire of secundaire borstreconstructie (een eerste hersteloperatie van de borst) na borstkanker of een risico op borstkanker. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16. Medisch specialistische zorg 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 moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

De 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 preservering, 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, opneming 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.

Eigen risico
Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor:
- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven nadat de periode bedoeld onder d is verstreken.
- Vervoer van een donor zoals omschreven onder e en f als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten.

Kijk voor meer informatie in artikel 7. Verplicht eigen risico en 8. Vrijwillig eigen risico van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht
Bij een medisch specialist.