

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lower bodylift, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 202201701
Zittingsdatum : 21 juni 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 28 maart 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 maart 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 21 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 april 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 23 mei 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023017237) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 mei 2023 aan partijen gestuurd. Bij e-mailbericht van 9 juni 2023 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede de reactie van verzoekster van 9 juni 2023 zijn op 29 juni 2023 in afschrift aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 mei 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 5 juli 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Bewuzt Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Bewuzt Fysio Beter, Bewuzt Tand Goed en Bewuzt Tandongevallenverzekering (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Op 1 augustus 2022 heeft de behandelend plastisch chirurg ten behoeve van verzoekster een aanvraag gedaan voor een lower bodylift, met eventueel een lift/reductie van de mons pubis. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 augustus 2022 afwijzend op deze aanvraag beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 23 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming moet geven voor de aangevraagde lower bodylift.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd dat zij als gevolg van een gastric sleeve operatie ruim 36 kilo is afgevallen. Dit gewichtsverlies heeft veel huidoverschot veroorzaakt wat lichamelijke klachten met zich brengt. Een lower bodylift zou de aanwezige klachten kunnen verhelpen, maar omdat de ziektekostenverzekeraar deze ingreep niet vergoedt, blijft verzoekster last houden van de smetplekken op haar buik. Ook moet zij, vanwege het ontbreken van voldoende vet op haar billen, op een AD kussen zitten, wat erg pijnlijk is. Voorts heeft verzoekster zich op het standpunt gesteld dat zij aan de gestelde voorwaarden voor verminking voldoet. Verzoekster verwijst hiervoor naar de aanvraag van de behandelend plastisch chirurg waarin wordt verklaard dat bij haar sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en is door haar benadrukt dat volgens haar behandelend plastisch chirurg sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Verzoekster heeft geen reden om aan de deskundige beoordeling van haar plastisch chirurg te twifelen. Daar komt bij dat verzoekster erg veel last heeft van het overhangende vel waardoor zij, mede vanwege een 'dun' zitvlak, sinds november op AD-kussen zit en, zeker nu de zomerperiode is aangebroken, veelvuldig moet smeren om het smetten tegen te gaan.
- 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. De ziektekostenverzekeraar heeft zich aanvankelijk op het standpunt gesteld dat de Body Mass Index (BMI) van verzoekster nog niet langer dan 12 maanden stabiel is. Inmiddels wordt aan deze eis voldaan, maar ontbreekt bij verzoekster een verzekeringsindicatie voor een lower bodylift. Een zodanige indicatie is aanwezig in geval van verminking. Hiervan kan, voor de lichaamsgebieden rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis, worden gesproken bij een Pittsburgh Rating Scale graad 3 in een lichaamsgebied. Een verzekeringsindicatie bestaat voorts in geval van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals een ernstige bewegingsbeperking en/of chronisch onbehandelbaar smetten. Op 18 januari 2023 bezocht verzoekster het spreekuur van de medisch adviseur. Tijdens dit spreekuur is gebleken dat verzoekster niet aan de hiervoor genoemde criteria voldoet zodat de aangevraagde lower bodylift terecht is afgewezen.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar excuses aangeboden voor de mogelijke verwarring die is ontstaan rondom de machtigingsaanvraag. Een en ander staat echter los van het feit dat bij verzoekster geen sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Dit laatste is de reden dat de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvraag voor vergoeding van een lower bodylift heeft afgewezen.

- 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 23 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Het Zorginstituut merkt op dat het dossier geen medische informatie bevat van de behandelende art(sen), zoals de huisarts of plastisch chirurg. Het dossier bevat enkel een machtigingsaanvraag voor een lower bodylift.

Verminking

Het dossier bevat foto's van matige kwaliteit. Voor zover te beoordelen is bij verzoekster geen sprake van verminking met overhang van de rug, buik, flanken, billen of mons pubis volgens de PRS graad 3.

Aantoonbare lichamelijke functiestoornissen

Volgens het aanvraagformulier heeft verzoekster last van onbehandelbaar smetten, begeleid door de huisarts. Op basis van de bijgevoegde foto's is de aanwezigheid van smetten (vanwege de matige kwaliteit) niet te beoordelen en uit het dossier blijkt verder niet dat sprake is van begeleiding door de huisarts. Daarnaast is onvoldoende aangetoond dat sprake is van een ernstige bewegingsbeperking bij het beperkte aanwezige huidoverschot op de foto's. Bovendien heeft de medisch adviseur van verweerder bij lichamelijk onderzoek geen aanwijzingen voor smetten of een bewegingsbeperking gevonden.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking of een lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van een lower bodylift ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een lower bodylift ten laste van de basisverzekering."

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 10 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 behandelingen van plastisch chirurgische aard en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Namens verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een lower bodylift. Dit is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt dekking voor dit soort behandelingen op voorwaarde dat bij de verzekerde een verzekeringsindicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
- De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 21 april 2023 verklaard dat hij de ingediende aanvraag heeft afgewezen omdat bij verzoekster een verzekeringsindicatie ontbreekt. De commissie zal daarom beoordelen of bij verzoekster een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv en in artikel 21 van de voorwaarden bestaat. Het bestaan van een medische indicatie betekent niet automatisch dat ook een verzekeringsindicatie aanwezig is. Het kan dus voorkomen dat de behandelend arts de behandeling noodzakelijk acht (medische indicatie), maar dat de kosten hiervan toch niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Met betrekking tot de vraag of wordt voldaan aan de voorwaarden van artikel 2.4 Bzv en in navolging daarvan artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering overweegt de commissie het volgende.
- 8.3. De voorwaarden voor een lower body lift zijn nader uitgewerkt in de VAV Werkwijzer 2021. Evenals het Zorginstituut in zijn voorlopige advies van 23 mei 2023 (dat blijkens de brief van 5 juli 2023 van het Zorginstituut als definitief wordt beschouwd), hanteert de commissie de VAV werkwijzer als richtsnoer. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan blijkens de VAV Werkwijzer aan de orde zijn in geval van chronisch onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooiën, die daar altijd aanwezig zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. In de aanvraag wordt gesproken van "onbehandelbaar smetten in de onderbuikplooï of navel begeleid door de huisarts". Hieruit, en ook uit hetgeen door verzoekster is verklaard, blijkt niet dat zij voor het smetten onder behandeling is of is geweest van een dermatoloog. Daarnaast werd tijdens het spreekuurbezoek door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geen smetten geconstateerd. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat bij verzoekster geen sprake is van onbehandelbaar smetten.
- 8.4. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is daarnaast aan de orde in geval van een ernstige bewegingsbeperking. In de aanvraag staat vermeld dat bij verzoekster een ernstige bewegingsbeperking aanwezig is. Dit is door de behandelend plastisch chirurg echter niet nader onderbouwd. Het Zorginstituut merkt in zijn advies van 23 mei 2023 op dat onvoldoende is aangetoond dat sprake is van een ernstige bewegingsbeperking bij het beperkte aanwezige huidoverschot op de foto's, terwijl bovendien door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar tijdens het spreekuurbezoek geen ernstige bewegingsbeperking is geconstateerd, zodat zij niet aan deze voorwaarde voldoet. De commissie ziet geen aanleiding af te wijken van dit advies en neemt het over. Dit betekent dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van een ernstige bewegingsbeperking in de zin van de regelgeving. De door verzoekster ervaren beperkingen bij het zitten kunnen, hoe lastig voor haar ook, niet als zodanig worden beschouwd.
- 8.5. Van verminking kan sprake zijn in het geval van een ernstige misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door brandwonden of reconstructie van geamputeerde ledematen. Daarnaast is verminking aan de orde bij een Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3 in een (symmetrisch) lichaamsgebied. Hierbij gaat het om de rug, flanken, buik, billen, heupen / laterale dijën en mons pubis. Uit eerdere adviezen van het Zorginstituut aan de commissie (o.a. GcZ,10 oktober 2018, SKGZ201800350) valt op te maken dat het niet noodzakelijk is een PRS graad 3 te hebben op alle gebieden. Een lower bodylift kan echter alleen bij een uitgebreid beeld van verminking worden beschouwd als doelmatige en verzekerde zorg.

Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld dat tijdens het spreekuurbezoek is gebleken dat bij verzoekster op geen enkel lichaamsgebied sprake is van PRS graad 3 zodat niet kan worden gesproken van verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Ook het Zorginstituut komt in zijn advies van 23 mei 2023 tot deze conclusie. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is gesteld geen aanleiding van dit advies af te wijken.

- 8.6. Aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden met betrekking tot de onderhavige plastisch-chirurgische behandeling, heeft verzoekster geen aanspraak op een lower bodylift ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 juli 2023,

A.I.M. van Mierlo

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.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij 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;

(...)

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Bewuzt Basis is een natuerverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

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

Medische noodzaak

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

1.2. Wie mag de zorg verlenen

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

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Wij hebben voor een aantal hulpmiddelen (zie artikel 37 Hulpmiddelen en verbandmiddelen) en taxivervoer (zie artikel 39 Ambulance en ziekenvervoer) met een select aantal (zorg)aanbieders contracten gesloten. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

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

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

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Audiologische zorg

Audiologische zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat zorg in verband met:

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 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 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

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 gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - Afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst) en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

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

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 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 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

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

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

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, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;