

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te B en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Plastische chirurgie, (septo)rhinoplastiek, stand van de wetenschap en praktijk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202200034

Zittingsdatum : 6 juli 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te B, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 16 februari 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 23 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 9 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 mei 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 7 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022019192) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 juni 2022 aan partijen 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 6 juli 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 juli 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 7 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 juli 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 1 ster (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een in- en uitwendige correctie van de neus ((septo)rhinoplastiek).
- 3.3. Bij brief van 30 juli 2021 heeft de behandelend KNO-arts over verzoekster verklaard:

"Anamnese en onderzoek:

Merkt een verminderde neuspassage links.

Heeft altijd een mondademhaling.

Vroeg zich daarnaast ook af wat de cosmetische opties zijn.

Stoort zich m.n. aan de hump en de grootte van de neus (van zij-aanzicht gezien). Is hier niet mee gepest.

Na curis Mometason gebruikt, tevens Dymista gebruikt. Beide waren niet effectief.

Merkt na de curis wel iets verbetering van de neuspassage maar niet optimaal. Tevens RAST gehad een aantal jaren geleden, deze was negatief.

Positief effect van spreader grafts beiderzijds, stoort zich wel aan de verbreding.

Peak flow: 70 L/min als de neus spontaan samen valt. 110L/min als het niet samen valt.

Met watjes als spreaders 120L/min .

Met de Mometason merkt ze geen verbetering van de passage

Met de Nosetubes merkt ze een duidelijke verbetering van de neuspassage

(...)

Voorstel

Septumcorrectie spreaders links, omvouwen cefale rand beiderzijds en zo nodig alar battens, humpreductie, osteotomien bij open approach.

Conclusie:

Neuspassage klachten bij in- en uitwendige scheefstand van de neus.

- Corticosteroid neusspray heeft geen/onvoldoende effect gehad.
- De chronische klachten zijn vastgelegd met NOSE scale en PNIF: 70 L/min en verbeterd met watjes als spreadergrafts naar 120 L/min
- Neuspassageklachten zijn bij rhinoscopia anterior duidelijk te zien.
- Verbetering van de neuspassage ligt met name in de verruiming van de klepregio en niet in verbetering van de stand van het septum omdat patiënte met de Nosetubes (= neusvleugelspreider) een goede neuspassage ervaart.

Beleid: Een septumcorrectie zal niet veel verbetering van de neuspassage geven. Hierbij vraag ik een in- en uitwendige neuscorrectie aan (2061) ter verbetering van de neuspassage en verbetering van klep insufficiëntie. Alleen septumcorrectie (2064) zal geen effect op de klep insufficiëntie hebben en daarmee onvoldoende verbetering van de neuspassage geven."

- 3.4. Bij brief van 18 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor de behandeling is afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op 9 februari 2022 het volgende verklaard:

"Waar het in deze kwestie om gaat is

1) de gekozen diagnose door de KNO arts en

2) de voorgestelde behandelingen. Een spreekuur is dus niet van toegevoegde waarde.

Ad 1 De arts selecteert de diagnose vormafwijking in combinatie met de verminderde doorgankelijkheid (functie) van de neus. In dat geval moet het navolgbaar zijn dat er dus een uitwendig zichtbare vormafwijking verantwoordelijk is voor de verminderde functie én dat deze wordt verholpen met de voorgestelde ingreep.

De arts schrijft:

VAS

uiterlijk 4 stoort zich aan de hump.

Rhinoscopia

anterio bekende spontane collaps van de uitwendige klep.

Benig en kraakbenig mediaan.

Rhinoscopia anterior

lichte hoge SD naar links in de inwendige klep regio.

Kortom; mevrouw stoort zich aan de hump (dit heeft geen effect op de functie van de neus).

Kraakbenig en benig staan mediaan (dus in de middellijn= recht)

Er wordt alleen een lichte hoge septumdeviatie gevonden.

Dan was de diagnose septum logischer geweest. Deze is machtigingsvrij en kan worden uitgevoerd.

2 ten aller tijde dienen uitgevoerde ingrepen te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zilveren Kruis is al langer met de KNO vereniging in gesprek om deze discussie over de verschillende subtypen ingrepen die worden opgevoerd onder de noemer "(septo-)rhinoplastiek" te beslechten. Helaas ontbreekt er bij de verschillende subtypen ingrepen onderliggende literatuur van voldoende waarde om te kunnen spreken van SWP.

De arts vraagt de volgende subtypen ingrepen aan:

- Septumcorrectie (kan SWP zijn bij ernstige scheefstand)
- spreaders links (geen SWP)
- omvouden cefale rand bdz (geen SWP) en zn
- alar battens (geen SWP),
- humpreductie (geen SWP)
- osteotomien bij open approach. (waarom, benig stond toch in de mediaanlijn?)

Kortom; Zilveren kruis betwist niet dat er sprake is van een functioneel probleem. In onze ogen klopt de aangevraagde diagnosecode niet en voldoen de meeste verrichtingen niet aan de SWP."

- 3.7. Bij brief van 7 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Stand van de wetenschap en praktijk

In 2021 is VAV Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard herzien door de Werkgroep Plastische Chirurgie van de VAV. De verwachting is dat de herziene versie in de nabije toekomst wordt gepubliceerd. Het Zorginstituut was als toehoorder bij de herziening betrokken.

Voor de herziening heeft de werkgroep onderzocht of een rhinoplastiek bij neusklepinsufficiëntie inclusief kraakbeentransplantaties in de neusklepregio leidt tot een betere neuspassage dan niet opereren. De werkgroep heeft geconcludeerd (op basis van systematisch literatuuronderzoek) dat verschillende technieken zoals correctie van aanzuigende neusvleugels en het plaatsen van spreaders en alar battens (kraakbeentransplantaties) niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De VAV-werkgroep heeft de voorgenomen aanpassingen van de VAV-werkwijzer besproken met de vereniging van KNO-artsen. De KNO-artsen hebben goede ervaringen met de rhinoplastiek, maar erkennen dat het beschikbare onderzoek naar de rhinoplastiek van zeer lage kwaliteit is. Aangezien de adviserend geneeskundigen van zorgverzekeraars in gezamenlijkheid en na zorgvuldig onderzoek tot een eensluidend oordeel zijn gekomen in de werkgroep, is geen separate beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk door het Zorginstituut nodig.

Een rhinoplastiek, zoals correctie van aanzuigende neusvleugels en het plaatsen van spreaders en alar battens (kraakbeentransplantaties), voldoet niet aan de stand van de wetenschap en

praktijk op het moment dat er sprake is van een verminderde doorgankelijkheid van de neus. Derhalve wordt niet toegekomen aan de beoordeling van de voorwaarden voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (verminking en lichamelijke functiestoornis).

Het Zorginstituut merkt op dat het voor de beoordeling van het geschil niet relevant is dat de herziening van de VAV werkwijwijzer nog niet gepubliceerd is. Alleen zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk maakt onderdeel uit van de basisverzekering. Dat pas onlangs onderzocht is of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk doet daar niet aan af. Ook ten tijde van de aanvraag voldeed de behandeling niet aan het criterium en was geen sprake van verzekerde zorg.

Conclusie

De aangevraagde rhinoplastiek (spreaders links, omvouwen cefale rand beiderzijds en zo nodig alar battens, hump-reductie, en osteotomiën bij open approach) voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog een machtiging moet verlenen voor de aangevraagde behandeling.

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 A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft last van een verminderde neuspassage. De behandelend KNO-arts heeft daarom voorgesteld een in- en uitwendige neuscorrectie uit te voeren. Verzoekster heeft eerder verschillende andere methoden geprobeerd, zoals een poliklinische curisbehandeling en het gebruik van een corticosteroïde neusspray. Hiermee zijn haar klachten echter niet verholpen. Het gebruik van 'spreader grafts' en 'nose tubes' had wel een positief effect.

De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen omdat geen sprake is van een 'zeer ernstige vormafwijking'. Echter, in de Werkwijzer van de Vereniging Artsen Volksgezondheid, waarnaar wordt verwezen in de polisvoorwaarden, is deze voorwaarde genuanceerder. Daarnaast heeft de behandelend arts verklaard dat bij verzoekster wel degelijk sprake is van klepinsufficiëntie.

Verzoekster merkt op dat volgens de ziektekostenverzekeraar een mogelijke oplossing zou kunnen liggen in aanpassing van de diagnose. Hierdoor zou de aangevraagde behandeling wél onder de basisverzekering vallen. Tegen die achtergrond vraagt verzoekster de in het geding zijnde behandeling te vergoeden.

Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd, dat haar situatie leidt tot benauwdheid, ook 's nachts en bij het sporten. Volgens de KNO-arts geeft alleen inwendig opereren onvoldoende resultaat. Verzoekster benadrukt dat er geen cosmetische aanleiding is voor de aangevraagde

ingreep. Gevraagd naar waar verzoekster precies de hinder ondervindt, heeft zij toegelicht dat haar neusvleugels dicht gaan als zij inademt. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de wetenschap achterloopt op de praktijk. De praktijk sluit al wel aan, maar de wetenschap heeft het nog niet onderbouwd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aangevraagde (septo)rhinoplastiek afgewezen. Bij een rhinoplastiek wordt de vorm van de uitwendige neus veranderd, bij een septorhinoplastiek wordt zowel het neustussenschot rechtgezet als de vorm van de uitwendige neus veranderd. Bij verzoekster is geen sprake van een vormafwijking van de neus die verantwoordelijk is voor de verminderde functie van de neus. Daarom lijkt de diagnosestelling hier niet juist. Bovendien is het operatief behandelen van een inwendige of uitwendige neusklep, zonder vormafwijking van de neus, door middel van een rhinoplastiek geen bewezen effectieve behandeling. Ook is er te weinig wetenschappelijk bewijs dat deze behandeling de ademhalingsproblemen beter oplost dan alleen het rechtzetten van het neustussenschot. De aangevraagde behandeling voldoet dus niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

In de brief van 11 februari 2022, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, schrijft de ziektekostenverzekeraar dat de gekozen diagnosecode en de voorgestelde behandeling niet navolgbaar zijn. Uit de gestelde diagnose blijkt dat verzoekster zich stoort aan de hump. Correctie hiervan heeft echter geen effect op de functie van de neus. Kraakbenig en benig staan mediaan, dus is de middellijn van de neus recht. Er wordt alleen een lichte hoge septumdeviatie gevonden. Daarom was volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar de diagnose "septum" logischer geweest. Een septumcorrectie is machtigingsvrij en wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Ook is het volgens de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar waarom osteotomien bij een 'open approach' worden aangevraagd, terwijl 'benig in de mediaanlijn' staat.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling het volgende aangevoerd. Het is duidelijk dat er een zorgbehoefte is, maar de aangevraagde behandeling kan niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De behandeling behoort immers niet tot het verzekerde pakket, omdat deze niet bewezen effectief is.

Overwegingen commissie

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een (septo)rhinoplastiek ter verbetering van de doorgankelijkheid bij een geringe scheefstand van de neus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Met zorg die voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld de zorg die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend voor de commissie. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.

Het Zorginstituut heeft in het advies van 7 juni 2022 verklaard dat een (septo)rhinoplastiek, ter correctie van aanzuigende neusvleugels, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk op het moment dat er sprake is van een verminderde doorgankelijkheid van de neus. De commissie neemt het advies en de conclusie van het Zorginstituut over. Aangezien de aangevraagde behandeling bij de gegeven indicatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering.

- 6.5. Verzoekster heeft gesteld dat volgens de ziektekostenverzekeraar een mogelijke oplossing zou kunnen liggen in aanpassing van de diagnose, zodat de aangevraagde behandeling wel onder de basisverzekering zou vallen. De ziektekostenverzekeraar heeft op dit punt aangevoerd dat bij een door de behandelend arts vastgestelde 'lichte, hoge septumdeviatie' de diagnose 'septum' logischer was geweest dan de door de arts gestelde diagnose 'vormafwijking met verminderde doorgankelijkheid'.
- 6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aangevraagde behandeling. Daarom kan het verzoek niet op basis hiervan worden ingewilligd.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 augustus 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

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;
- 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 behandeling.

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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde- en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 Geen recht op zorg als gevolg van bijzondere situaties in Nederland

U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en muitерij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.25 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. 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;
- d. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooiën;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel [B.30](#).

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstampuatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.