

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300326

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde abdominoplastiek met fleur de lis correctie inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis (hierna: buikwandcorrectie) te vergoeden. Hierbij beroept zij zich op een door de ziektekostenverzekeraar schriftelijk gedane toezegging. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster thans niet voldoet aan de toepasselijke voorwaarden voor deze ingreep en dat zij had moeten begrijpen dat haar eerder geen onvoorwaardelijke en oneindig geldende toezegging is gedaan.
- 1.2. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor een buikwandcorrectie. In het kader van de zorgverzekering geldt dat een verzekeringsindicatie aanwezig moet zijn in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking zoals bedoeld in de voorwaarden. Uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie blijkt dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een buikwandcorrectie, nu bij haar geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoekster heeft echter aangetoond dat de ziektekostenverzekeraar haar eerder schriftelijk vergoeding van een buikwandcorrectie heeft toegezegd. Nu verzoekster aanspraak heeft op een buikwandcorrectie op grond van de door de ziektekostenverzekeraar gedane toezegging, kan de vraag of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van een buikwandcorrectie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering onbeantwoord blijven. De commissie wijst het verzoek daarom toe.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 10 juli 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 31 juli 2023 heeft verzoekster het entreegeld

betaald. Telefonisch heeft verzoekster haar verzoek nader toegelicht, welke gesprekken tijdens de commissie zijn bevestigd bij brieven van 12 juli en 19 juli 2023. Bij brief van 11 augustus 2023 heeft de commissie verzoekster laten weten dat zij de door verzoekster gewenste uitbreiding van het verzoek niet in behandeling zal nemen op grond van artikel 2.1 van het geldende reglement van de commissie. Daarna 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 24 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 augustus 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 25 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023035939) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 september 2023 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 11 oktober 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 zijn op 16 oktober 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 25 september 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 17 oktober 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 basis van de Univé Zorg Select polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2013 een gastric bypass ondergaan. Zij is daarna ruim 70 kilo afgevallen. Als gevolg hiervan heeft zij last van een huidoverschot op haar buik. De behandelend plastisch chirurg heeft namens verzoekster in 2021 een aanvraag ingediend voor een Lower Body Lift, inclusief verwijdering van huid-/vetoverschot van flanken, buitenzijde bovenbenen en billen, en opbouwplastiek billen (hierna: lower body lift). Bij brief van 5 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een lower body lift is afgewezen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 22 december 2021 is verzoekster op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geweest. Bij brief van 10 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft met betrekking tot de afwijzing van de lower body lift. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in de betreffende brief, voor zover hier relevant, het volgende verklaard:
'Gezien de smetklachten zou een buikwandcorrectie wel vergoed worden. [Verzoekster] is geadviseerd een nieuwe aanvraag op te laten sturen voor een buikwandcorrectie. Deze aanvraag is dan akkoord'.
- 3.3. Op 27 december 2022 heeft de behandelend plastisch chirurg namens verzoekster een aanvraag ingediend voor een 'abdominoplastiek met fleur de lis correctie inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis' (hierna: buikwandcorrectie). Bij brief van 27 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de buikwandcorrectie niet wordt vergoed. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Bij brief van 25 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3.5. Bij brief van 17 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag voor een buikwandcorrectie alsnog goed te keuren.

4.2. Bij brief van 10 juli 2023 heeft verzoekster toegelicht dat het gaat om een noodzakelijke behandeling. De behandeling zou namelijk verschillende medische problemen verhelpen. Zo heeft verzoekster huidproblemen, die zijn te wijten aan een zeer slechte huid, striemen en littekens waardoor zij een verhoogde kans op ontstekingen heeft. Ook heeft verzoekster last van overmatig zweten en heeft zij altijd het gevoel dat de warmte zich buiten haar lichaam bevindt. Verzoekster heeft daarnaast het chronisch darmsyndroom en dit zal mede door de buikwandcorrectie worden verholpen. Ook is haar buikspier inmiddels 6 centimeter uitgeweid en dit brengt de nodige problemen met zich.

Verzoekster heeft verder benadrukt dat haar kwaliteit van leven na de ingreep behoorlijk zal worden verhoogd, waardoor zij haar eigen leven positief tegemoet kan zien.

4.3. Voorts beroept verzoekster zich op de toezegging van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft immers bij brief van 10 januari 2022 toegezegd dat verzoekster aanspraak heeft op een buikwandcorrectie. Volgens de ziektekostenverzekeraar is inmiddels echter teveel tijd verstreken tussen deze toezegging en het indienen van de aanvraag voor de operatie. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar destijds een buikwandcorrectie heeft toegezegd, zonder dat hierbij een einddatum is genoemd. Daarnaast heeft verzoekster toegelicht waarom het enige tijd heeft geduurd voordat de aanvraag werd ingediend. De correspondentie met haar toenmalige gemachtigde verliep stroef. Ook moest verzoekster voor de in te dienen aanvraag worden gezien door een plastisch chirurg en waren er op dat moment wachtlijsten bij het ziekenhuis. Voorts hebben haar persoonlijke omstandigheden meegespeeld. Verzoekster is een alleenstaande moeder en zij probeert haar gezin draaiende te houden, met alle beperkingen die zij ervaart met haar gezondheid.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat zij op advies van de ziektekostenverzekeraar vanaf 2020 haar huidige verzekeringspakket heeft afgesloten. Daarnaast heeft zij haar persoonlijke situatie toegelicht. Zowel haar lichamelijke als psychische klachten zijn toegenomen door deze situatie. Verzoekster heeft problemen met haar buik. Zij heeft iedere dag pijn. Daarnaast heeft zij smetplekken. Verschillende artsen hebben verklaard dat de problemen alleen kunnen worden verholpen met een buikwandcorrectie. In het verleden is bij verzoekster een litteken behandeld. Hierbij zijn fouten gemaakt en nu werkt de rechterkant van haar buikspier niet meer. Dit is de kant waar zij constant pijn heeft. Van eten wordt zij ziek en zwelt haar buik enorm op.

Op 22 december 2021 is verzoekster op het spreekuur van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar geweest. Verzoekster heeft grote delen van haar lichaam laten zien en is toen uitgelachen. Dit heeft haar enorm geraakt. Tijdens dit gesprek is haar verteld dat een buikwandcorrectie akkoord zou zijn.

De zorgverzekeraar stelt ten onrechte dat de smetplekken alleen in de zomermaanden aanwezig zijn. Deze zijn altijd aanwezig en veroorzaken veel klachten. Verzoekster heeft een crème voorgeschreven gekregen, maar deze werkt niet. De klachten beperken haar in haar dagelijks leven, bijvoorbeeld in de omgang met haar kinderen.

Verzoekster heeft toegelicht waarom de aanvraag pas aan het eind van het jaar is ingediend. Dit komt door buiten haar gelegen omstandigheden en valt haar niet te verwijten. De brief van 10 januari 2022 was in eerste instantie naar de toenmalige gemachtigde van verzoekster

gestuurd, maar die liet niets meer van zich horen. Uiteindelijk heeft verzoekster de brief zelf ontvangen en heeft zij een afspraak gemaakt met de plastisch chirurg. Vanwege de wachtlijsten in het ziekenhuis, kon de afspraak pas in november plaatsvinden. Bij het indienen van de nieuwe aanvraag is iets misgegaan, waardoor deze niet direct is ingediend. Op basis van de brief van 10 januari 2022 mocht verzoekster erop vertrouwen dat de buikwandcorrectie zou worden vergoed.

Verzoekster heeft het door de ziektekostenverzekeraar aangeboden voorstel afgewezen. Dit voorstel is voor haar onaanvaardbaar, omdat zij hiermee niet is geholpen.

- 4.5. 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. Bij brief van 17 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman, aangevoerd dat verzoekster geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie. In artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wat wordt verstaan onder plastische chirurgie en wat de voorwaarden hiervoor zijn. Ook wordt verwezen naar de VAV-Werkwijzer. Op 27 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een buikwandcorrectie ontvangen. Deze aanvraag is beoordeeld volgens de geldende voorwaarden. Op basis van de aanvraag en de bijbehorende foto's concludeert de ziektekostenverzekeraar dat bij verzoekster geen sprake is van verminking PRS graad 3, geen verminking die te vergelijken is met derdegraads brandwonden, en geen ernstige bewegingsbeperking of onbehandelbaar smetten. Ook bestaat bij haar geen overhangende huidplooi van 6 cm of meer, waardoor smetten aanneemelijk is.
- 5.2. Bij brief van 17 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar voorts verklaard dat hij op dit moment geen aanleiding ziet om de toezegging van 10 januari 2022 na te komen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 juni 2023 toegelicht dat de brief van 10 januari 2022 is verzonden naar aanleiding van hetgeen de medisch adviseur heeft waargenomen tijdens het spreekuurbezoek van 22 december 2021. De medisch adviseur heeft destijds geconstateerd dat sprake was van smetklachten. Gezien de medische situatie van verzoekster op dat moment heeft de medisch adviseur verklaard een in te dienen machtigingsaanvraag voor een buikwandcorrectie te zullen goedkeuren. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat het bij een spreekuurbezoek om een momentopname. Verzoekster had kunnen begrijpen dat de toezegging door de medisch adviseur niet ongelimiteerd en oneindig geldig was. Het was voor verzoekster duidelijk dat aan strenge wettelijke vereisten wordt getoetst. Naar verzoekster is gecommuniceerd dat "gezien de smetklachten de abdominoplastiek wel vergoed zou worden". Dan moeten deze smetklachten, op het moment van het indienen van de machtigingsaanvraag daarvoor, wél in dezelfde mate aanwezig zijn als tijdens de momentopname van het spreekuurbezoek.
- 5.3. Bij brief van 24 augustus 2023 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat als de medische situatie die ten grondslag ligt aan een akkoordverklaring verandert, dat logischerwijs een reden is om te bepalen dat de akkoordverklaring dan niet meer geldig is. Op de bij de nieuwe aanvraag meegestuurde foto's zijn geen smetplekken zichtbaar. De behandelend medisch specialist geeft aan dat er sprake is van smetplekken in de zomer. Verzoekster wilde, gezien de voorgeschiedenis, niet meer op het spreekuur van de medisch adviseur komen. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat hij natuurlijk met de omstandigheden rekening zou hebben gehouden en dat verzoekster door een andere medisch adviseur kon worden gezien. Voorts licht hij toe dat bij verzoekster geen overhangende huidplooi aanwezig is, waardoor ook niet wordt voldaan aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop opgemerkt dat hij niet ontkend dat bij verzoekster een behandelbehoefte bestaat. De ziektekostenverzekeraar moet echter beoordelen of er ook een verzekeringsindicatie is voor de aangevraagde behandeling. Hierbij is hij gebonden aan de strikte voorwaarden die gelden voor de aanspraak op

plastische chirurgie. De ziektekostenverzekeraar mag niet tot vergoeding komen op basis van alleen een behandelbehoefte. Bij verzoekster bestaat geen verzekeringsindicatie voor een buikwandcorrectie.

Er is geen sprake van chronisch onbehandelbaar smetten. Op nieuwe foto's zijn geen smetplekken te zien en volgens de plastisch chirurg heeft verzoekster in de zomer last van smetplekken. Tijdens het consult van 22 april 2022 waren geen smetplekken zichtbaar of in ieder geval niet al zes maanden aanwezig. De huisarts heeft verklaard dat verzoekster lastig behandelbare smetplekken heeft, maar uit deze verklaring blijkt niet welke behandelmethoden zijn geprobeerd en of sprake is van onbehandelbaar smetten.

De ziektekostenverzekeraar ontkent niet dat verzoekster het spreekuurbezoek in 2021 als onprettig heeft ervaren. Dit blijkt echter niet uit het dossier. Verzoekster is nogmaals uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur. Gezien haar eerdere ervaring is het begrijpelijk dat zij niet wilde langskomen. Hierdoor is de ziektekostenverzekeraar de kans ontnomen om te beoordelen of aan de geldende voorwaarden is voldaan.

De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat bij de uitleg van een overeenkomst moet worden gekeken naar het Haviltex-criterium van de Hoge Raad. Dit houdt in dat niet alleen moet worden gekeken naar de taalkundige betekenis van een tekst, maar ook naar de bedoeling van partijen. In de brief van 10 januari 2022 staat dat een buikwandcorrectie 'gezien de smetklachten' wel zou worden vergoed. Naar verzoekster is gecommuniceerd dat de aanwezigheid van smetklachten de grond is voor vergoeding van een buikwandcorrectie. De machtigingsaanvraag is een jaar later ingediend. De situatie van verzoekster is zodanig veranderd dat niet kan worden gesproken van chronisch onbehandelbaar smetten. Vanwege de gewijzigde omstandigheden is de toezegging komen te vervallen. Volgens de ziektekostenverzekeraar staat impliciet in de brief van 10 januari 2022 dat de aanvraag zou worden beoordeeld op basis van de op dat moment bestaande situatie.

Om verzoekster tegemoet te komen heeft de ziektekostenverzekeraar, geheel onverplicht, een bedrag van € 1.400,40 aangeboden onder de voorwaarde dat het geschil hiermee is opgelost en verzoekster haar zaak intrekt. Dit bedrag is gebaseerd op de premiekosten die verzoekster de afgelopen jaren heeft betaald voor haar aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.5. 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 25 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit de informatie in het dossier blijkt dat verzoekster aan een aantal in de VAV werkwijzer genoemde voorwaarden voldoet. Verzoekster heeft in 2013 een gastric bypass ondergaan en zij heeft minimaal 12 maanden een stabiel gewicht met een BMI van 19,5 kg/m².

Op grond van de beschikbare informatie kan echter niet worden vastgesteld dat sprake is van een verminking of lichamelijke functiestoornis. Op de foto's is geen overhang van de buikwand zichtbaar conform PRS graad 3. Verder lijkt geen sprake te zijn van een ernstige bewegingsbeperking. De aanwezigheid van smetten is op grond van de foto's niet goed te beoordelen. De plastisch chirurg heeft aangegeven dat sprake is van onbehandelbare smetten in de zomer. Bij een consult plastische chirurgie in april 2021 heeft verzoekster bij lichamelijk onderzoek geen smetten. Bij een eenmalig consult bij een dermatoloog in juli 2021 heeft verzoekster recidiverende huidirritatie en eczeem bij wrijven en broeien bij de huidoverhang. De dermatoloog behandelt verzoekster met intermitterend triamcinolon creme. De huisarts schrijft in januari 2023 dat verzoekster lastig te behandelen smetten heeft. Uit zijn correspondentie blijkt echter niet hoe zij hiervoor wordt behandeld. Op grond van voorgaande informatie kan niet

worden geconcludeerd dat sprake is van onhandelbare smetten, omdat verzoekster hiervan alleen in de zomer last heeft en omdat niet duidelijk is hoe zij hiervoor behandeld wordt.

Conclusie

Uit de informatie in het dossier kan niet worden afgeleid dat bij verzoekster sprake is van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster voldoet daarom niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor de aangevraagde abdominoplastiek.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Op grond van de beschikbare informatie kan niet worden vastgesteld dat verzoekster voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor een abdominoplastiek na een gastric bypass. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een vergoeding van de kosten hiervan vanuit de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 17 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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.
- 8.2. De aangevraagde buikwandcorrectie is een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor dergelijke behandelingen, waaronder een buikwandcorrectie. Voorwaarde hierbij is 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. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV-Werkwijzer). De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 8.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Van een ernstige bewegingsbeperking is sprake als de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte as van het bovenbeen bedekt. Uit de overgelegde foto's blijkt dat dit bij verzoekster niet aan de orde is.

Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van onbehandelbaar smetten. Het gaat hierbij om smetten in de huidplooien die daar altijd aanwezig zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Het Zorginstituut komt in zijn advies van 25 september 2023 aan de commissie tot de conclusie dat op grond van de informatie in het dossier niet kan worden geconcludeerd dat sprake is van onbehandelbaar smetten, omdat verzoekster hiervan alleen in de zomer last heeft en omdat niet duidelijk is hoe zij hiervoor wordt behandeld.

- 8.4. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat. Daarbij kan worden gedacht aan misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Verminking kan daarnaast aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. Het Zorginstituut overweegt in zijn advies van 25 september 2023 dat hiervan geen sprake is.
- 8.5. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat bij verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking aan de orde is en dat zij daarom niet voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor een buikwandcorrectie. De commissie ziet in het door verzoekster gestelde geen aanleiding hiervan af te wijken en neemt de conclusie over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde buikwandcorrectie, ten laste van de zorgverzekering.
- 8.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar, bij de afwijzing van de aangevraagde lower bodylift, heeft toegezegd dat een aanvraag voor een buikwandcorrectie zou worden goedgekeurd. De commissie overweegt dat het in een dergelijke situatie aan verzoekster is om aannemelijk te maken dat door de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, de gestelde toezegging is gedaan. De commissie oordeelt dat verzoekster hierin is geslaagd. In de brief van 10 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Gezien de smetklachten zou een buikwandcorrectie wel vergoed worden. [Verzoekster] is geadviseerd een nieuwe aanvraag op te laten sturen voor een buikwandcorrectie. Deze aanvraag is dan akkoord".* De commissie is van oordeel dat verzoekster hiermee een toezegging is gedaan en dat zij, op basis van deze toezegging, erop mocht vertrouwen dat een door haar in te dienen aanvraag voor een buikwandcorrectie akkoord zou worden verklaard. Dit volgt ook uit een door de ziektekostenverzekeraar overgelegde weergave van hetgeen tijdens het spreekuurbezoek aan verzoekster is verteld, en die luidt als volgt:
*"Verslag van het spreekuur
De lower bodylift is destijds afgewezen maar een buikwandcorrectie zou voor vergoeding in aanmerking komen. Onze adviseur heeft dit tegen mevrouw gezegd en dat er dan wel een nieuwe aanvraag moet komen voor de buikwandcorrectie."*
- 8.7. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster had kunnen begrijpen dat de toezegging niet oneindig geldig en ongelimiteerd was. De toezegging is in algemene zin geformuleerd en niet onder de voorwaarde van tijdsbepaling gedaan. Naar het oordeel van de commissie mocht verzoekster erop vertrouwen dat de door de ziektekostenverzekeraar op 27 december 2022, derhalve nog in het lopende verzekeringsjaar, ontvangen aanvraag zou worden goedgekeurd en hoefde zij er geen rekening mee te houden dat deze vanwege het tijdsverloop - dat naar het oordeel van de commissie binnen redelijke grenzen ligt - niet meer onder de toezegging zou vallen. Ook de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat een akkoordverklaring logischerwijs niet meer geldig is als de medische situatie die ten grondslag ligt aan die akkoordverklaring wijzigt, volgt de commissie niet. Een dergelijk voorbehoud, dat erop neerkomt dat de medische situatie ten tijde van de nieuwe aanvraag opnieuw zou worden beoordeeld, valt niet uit de brief, en evenmin uit de weergave van het spreekuurbezoek op te maken. Verzoekster hoefde daarom met een herbeoordeling van haar medische situatie geen rekening te houden.

- 8.8. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door hem gedane toezegging na te komen, en de aanvraag voor de buikwandcorrectie alsnog goed te keuren. Nu verzoekster op grond van de door de ziektekostenverzekeraar gedane toezegging aanspraak heeft op vergoeding van een buikwandcorrectie, kan de vraag of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van een buikwandcorrectie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering onbeantwoord blijven.

Slotsom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
(i) verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde buikwandcorrectie, en
(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 10 november 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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.

Artikel 30. Buikwandcorrectie

Dit krijgt u vergoed

Correctie van de buikwand als u een overhangende buikhuidplooï heeft waarbij smetten aannemelijk is. De diepte van de huidplooï moet 6 cm of meer zijn, gemeten aan de binnenzijde van de plooï. Daarnaast is het belangrijk dat uw gewicht in verhouding staat tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 (≤ 35).

Aanvullend Goed

geen vergoeding

Aanvullend Beter

geen vergoeding

Aanvullend Best

volledig

Hoe berekent u uw BMI

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan $85 \text{ gedeeld door } (1.75 \times 1.75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen

1. Een verwijfsbrief van huisarts of medisch specialist
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend specialist meesturen over de aard en omvang van de afwijking.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 31. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een 8-weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). U heeft recht op deze training als u 18 jaar of ouder bent en burn-out klachten heeft.

MBCT en MBSR

Deze therapieën combineren de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie met meditatie en yoga.

Aanvullend Goed

maximaal € 350 per kalenderjaar

Aanvullend Beter

maximaal € 350 per kalenderjaar

Aanvullend Best

maximaal € 350 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) met lidmaatschap categorie 1. Bij een MBCT/MBSR gecertificeerd mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VVM (Vereniging Voor Mindfulness).

U vindt de trainers op de website van deze verenigingen: vmbn.nl en verenigingvoormindfulness.nl.

U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

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 verslakte 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 gehemeltspelen, 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 verslakte 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;

Vergoedingenoverzicht	Basis-verzekering	Aanvullende verzekeringen		
		Goed	Beter	Best
In-vitrofertilisatie (IVF), en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen				
In-vitrofertilisatie (IVF) voor vrouwen tot 43 jaar; er gelden nadere voorwaarden	● 1e, 2e, en 3e poging			
Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen (vrouwen tot 43 jaar)	●			
Logopedie				
Herstel of verbetering van spraakfunctie of spraakvermogen	●			
Logopedie na ernstige COVID-19: De overheid heeft bepaald dat deze zorg vergoed wordt tot uiterlijk 1 augustus 2022. Om in aanmerking te komen voor zorg na ernstig COVID-19 gelden nadere voorwaarden. Meer informatie en voorwaarden vindt u op onze website	●			
Mantelzorg				
Mantelzorgcursussen: leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, kanker of dementie		zie budget Preventie	zie budget Preventie	zie budget Preventie
Mantelzorgmakelaar op verwijzing van Univé Zorgadvies en Bemiddeling		€ 250 per jaar	€ 500 per jaar	€ 750 per jaar
Vervangende mantelzorg, aanvragen via Univé Zorgadvies en Bemiddeling. Voor iedere dag zorg die u afneemt, wordt altijd 1 dag in mindering gebracht. Dus ook als u minder dan 24 uur op 1 dag afneemt, rekenen wij, ongeacht het aantal uren dat u ontvangt, 1 dag		5 dagen per jaar	10 dagen per jaar	15 dagen per jaar
Medisch specialistische zorg				
Voor deze zorg heeft u voor enkele behandelingen vooraf toestemming ¹ nodig	●			
Multidisciplinaire zorg (ketenzorg)				
Ketenzorg voor verzekerden met diabetes mellitus type 2 (DM type 2), chronisch obstructieve longziekte (COPD), hart- en vaatziekten, verhoogd vasculair risicomanagement, astma vanaf 16 jaar en kwetsbare ouderen	●			
Plastische en/of reconstructieve chirurgie				
Voor specifieke medische indicaties na toestemming ¹	●			
- buikwandcorrectie bij specifieke indicaties, na toestemming, alleen bij gecontracteerde zorgverleners ¹	●			volledig
- bovenooglidcorrectie bij een specifieke indicatie, na toestemming, alleen bij gecontracteerde zorgverleners ¹	●			volledig
- flapoorcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar, alleen bij gecontracteerde zorgverleners				volledig
Preventie				
Een budget te besteden aan de hieronder genoemde zorgsoorten: - cursussen (o.a. omgaan met ziekte of aandoening) - EHBO-cursus - reanimatiecursus - valpreventie - leefstijlcheck - sportmedisch advies - consult en advies voor vrouwen		€ 200 per jaar	€ 400 per jaar	€ 500 per jaar
Psychologische zorg				
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vanaf 18 jaar (bij opname na toestemming ¹)	●			
Seksuologische zorg				€ 60 per zitting, maximaal 4 zittingen per jaar
Mindfulness bij burn-out klachten		€ 350 per jaar	€ 350 per jaar	€ 350 per jaar
Revalidatie				
Onderzoek, advisering en behandeling bij specifieke indicaties, na toestemming ¹ . Hieronder valt ook quick scan en oncologische revalidatie	●			
Geriatrische revalidatie	● (maximaal 6 maanden)			
Sterilisatie				
Sterilisatie man (vasectomie), alleen bij gecontracteerde zorgverleners. U kunt ook naar een huisarts. Deze hoeft geen contract met ons te hebben			volledig	volledig
Sterilisatie vrouw, alleen bij gecontracteerde zorgverleners			volledig	volledig

Als er in het vergoedingenoverzicht een ● staat is deze zorg verzekerd. U krijgt met de Univé Zorg Select polis maximaal 100% vergoed bij een zorgverlener met contract. En maximaal 65% van het gemiddeld gecontracteerd tarief bij een zorgverlener zonder contract. U betaalt voor deze zorg mogelijk eigen risico.
1) Voor deze zorg heeft u (in een aantal gevallen) vooraf toestemming van Univé nodig. Raadpleeg de verzekeringsvoorwaarden.