

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te B, vertegenwoordigd door D te E, en Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, labiacorrectie

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

Zaaknummer : 202300452

Zittingsdatum : 21 juni 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de destijds minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,
en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier en begeleidende brief van 20 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 4 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 april 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 mei 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023015172) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 mei 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 21 juni 2023 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 28 juni 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 8 mei 2023 aanpassing behoeft. Daarbij heeft de commissie aanvullende vragen gesteld. Bij brief van 4 juli 2023 heeft het Zorginstituut een vraag van de commissie beantwoordt en aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitieve advies bij brief van 6 juli 2023 aan partijen gestuurd waarbij partijen in de mogelijkheid zijn gesteld hierop te reageren.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen van plastisch chirurgische aard en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 1 november 2021 is bij verzekerde een labiacorrectie uitgevoerd. Op 1 oktober 2022 heeft verzoekster een declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor het zorgproduct

'Operatieve ingreep bij een ontsteking aan vrouwelijk(e) orga(a)n(en)'. Onderdeel van deze declaratie betreft een subtraject voor 'Operatief verkleinen van de grote en kleine schaamlippen'.

- 3.3. Bij e-mailbericht van 4 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de labiacorrectie niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 8 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Op 22 juni 2023 is verzekerde 18 jaar geworden.
- 3.7. Bij brief van 4 juli 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 kosten van de bij verzekerde uitgevoerde labiacorrectie, te weten een bedrag van € 2.223,11, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In dat verband heeft verzoekster toegelicht dat in artikel 6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat een cosmetische ingreep noodzakelijk van aard moet zijn om voor vergoeding in aanmerking te komen. Hiervan is sprake als de afwijking gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De uitgevoerde labiacorrectie was noodzakelijk en diende geen cosmetisch doel. Uit de overgelegde doktersverklaring blijkt dat in de situatie van verzekerde een medische reden bestond en daarmee sprake was een noodzakelijke ingreep.
- 4.3. Bij verzekerde betrof het een forse beperking in het dagelijks functioneren. Verzekerde had reeds vanaf haar zesde levensjaar ernstige klachten. Zij had flinke pijn bij het lopen, fietsen en zitten. Ook kon zij niet op een normale manier onderbroeken en spijkerbroeken dragen. De klachten van verzekerde werden uitsluitend veroorzaakt door de schaamlippen zelf en na de operatie zijn haar klachten verdwenen.
- 4.4. Verzoekster betwist dat zij voorafgaand aan de behandeling schriftelijke toestemming moest vragen aan de ziektekostenverzekeraar. In artikel 6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is namelijk opgenomen dat een ingreep voor vergoeding in aanmerking komt als vooraf een verwijzing van een huisarts wordt gegeven. Een dergelijke verwijzing is door verzoekster overgelegd. Weliswaar staat op de website van de ziektekostenverzekeraar dat voor veel behandelingen vooraf toestemming nodig is, maar daarbij wordt vermeld: 'Uw specialist weet wanneer toestemming nodig is en vraagt deze voor u aan'. Gelet op deze vermelding mocht verzoekster er gerechtvaardigd op vertrouwen dat indien toestemming nodig was, deze voor verzekerde zou worden aangevraagd door de medisch specialist en dat zij dit niet zelf hoefde te doen. Het ontbreken van voorafgaande schriftelijke toestemming kan verzoekster om die reden niet worden tegengeworpen.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop benadrukt dat zij zich niet gehoord heeft gevoeld door de ziektekostenverzekeraar. Er is geen mogelijkheid geweest om in gesprek te treden met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft een onrechtvaardig besluit genomen. In de communicatie met de ziektekostenverzekeraar heeft zij niet teruggezien of gehoord dat het in deze situatie om een kind gaat. Verzoekster heeft toegelicht dat verzekerde op jonge leeftijd klachten kreeg. Kleding zat haar niet lekker en fietsen werd pijnlijk. De klachten

verergerden naar mate zij ouder werd. Zij kreeg jeuk. Door het krabben ging haar huid stuk en ontstonden er ontstekingen. Uiteindelijk is verzekerde geopereerd aan haar binnenste en buitenste schaamlippen. Nu kan zij eindelijk normaal naar de wc, zitten en fietsen. De afwijzing van de ziektekostenverzekeraar kwam onverwachts, ondanks dat de arts had aangegeven dat vergoeding van de behandeling niet gegarandeerd was. Verzoekster had geen moment gedacht dat de behandeling van verzekerde niet zou worden vergoed. Het ging namelijk om een minderjarig kind dat al tien jaar veel klachten had en werd belemmerd in het dagelijks leven. Het betreft geen cosmetische ingreep. Het gaat er niet om dat verzekerde er mooier uit wil zien.

- 4.6. 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 aangevoerd dat op grond van artikel 6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering beperkt recht bestaat op vergoeding van behandelingen van plastisch chirurgische aard. Dergelijke behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als deze noodzakelijk zijn ter correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of in geval van verminking ten gevolge van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting. De bepaling in de verzekeringsvoorwaarden is gebaseerd op artikel 2.4, eerste lid, onderdeel b, Bzv. Voor de nadere invulling maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard' van de Vereniging voor artsen volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV-Werkwijzer). Volgens de VAV-Werkwijzer kan een aantoonbare lichamelijke functiestoornis doorgaans niet worden aangevoerd als reden voor aanspraak op een labiacorrectie. Ook geldt dat bij de labia minora een enorme anatomische variatie bestaat. Er zal dan ook zelden sprake zijn van misvorming of verminking in de zin van het Bzv.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht waarom de situatie van verzekerde niet voldoet aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van de kosten van een labiacorrectie. Zijn medisch adviseur heeft geoordeeld dat de door verzoekster aangevoerde pijnklachten bij verzekerde niet kunnen worden aangemerkt als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in artikel 6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Ook was bij verzekerde vóór de ingreep geen sprake van verminking.
- 5.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij verzekerde uitgevoerde labiacorrectie omdat in artikel 6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor een beperkt aantal ingrepen zijn voorafgaande schriftelijke toestemming is vereist. Deze ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. De zorgactiviteit 'Reductie labia majora-minora', ook wel labiacorrectie, staat vermeld op deze lijst. Dit betekent dat voorafgaand aan het uitvoeren van de operatie toestemming vereist was. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geen aanvraag ten behoeve van verzekerde ontvangen en heeft dus ook geen toestemming verleend. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het beschikken over een voorafgaande verwijzing niet de enige voorwaarde is waaraan moet zijn voldaan om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van medisch specialistische zorg, zoals plastische chirurgie.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met het ziekenhuis waar de behandeling is uitgevoerd. Het ziekenhuis heeft het volgende teruggekoppeld: *"...de verrichting zoals uitgevoerd door het AMC, [wordt] nooit vergoed door de verzekering. Het wordt niet gezien als een verrichting met medische noodzaak. Het wordt daarom ook aangegeven bij de intake dat dit om niet vergoed[d]e zorg gaat. Dit staat ook in het dossier van patiënt."* De ziektekostenverzekeraar gaat er op basis van deze mededeling van het ziekenhuis van uit dat verzekerde voorafgaand aan de ingreep op de hoogte was van het feit dat de kosten voor haar rekening zouden blijven.

Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat op de factuur de DBC-zorgproductcode 17C841 staat. Zoals bepaald in de beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg - BR/REG - 22114a van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zoals geldig in 2022, bestaat de declaratiecode uit zes posities waarbij de eerste twee posities onder meer aangeven of aanspraak vanuit de Zvw basisverzekering van toepassing is. In dit geval betreft het een 17-code waarvan is vastgesteld dat er geen aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering. Dit komt overeen met het bericht van het ziekenhuis dat sprake is van niet verzekerde zorg en dit is ook de reden dat de zorg niet bij de ziektekostenverzekeraar in rekening is gebracht, maar de factuur aan verzoekster is gezonden.

- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat een verschil bestaat tussen de beoordeling van de medische noodzaak voor een behandeling door een arts en hetgeen door de wetgever is bepaald over de vergoeding daarvan. Daarnaast staat in de voorwaarden van de zorgverzekering dat vooraf toestemming moet worden gevraagd voor de uitgevoerde ingreep. Het had op de weg van verzoekster gelegen om toestemming te vragen. Als vooraf toestemming was gevraagd, was in een eerder stadium contact geweest en had verzoekster zich mogelijk gehoord gevoeld. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het vragen om toestemming niet automatisch tot een ander standpunt zou hebben geleid. Het is lastig om achteraf, na het uitvoeren van de ingreep, vast te stellen of verzekerde aan de geldende voorwaarden voldeed. Op basis van de stukken in het dossier blijft de ziektekostenverzekeraar bij het standpunt dat geen sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
- 5.6. 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 8 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Hoewel de ervaren ongemakken van verzekerde hinderlijk kunnen zijn, vallen deze niet onder het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de regelgeving. Er is alleen in [een] zeer uitzonderlijke situatie sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Uit het beschikbare medische dossier blijkt niet dat er sprake is van een uitzonderlijke situatie.

Met betrekking tot het al dan niet bestaan van een verminking geldt dat er in het geval van hypertrofie van de labia minora geen sprake kan zijn van verminking in de zin van het Bzv. Er bestaat namelijk een enorme anatomische variatie ten aanzien van de vorm en grootte van de labia. Volgens de huisarts heeft verzekerde een prominente labia minora. Hieruit blijkt dat geen sprake is van verminking.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzekerde voldoet derhalve niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor een labiacorrectie.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzekerde voldoet niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor een labiacorrectie, omdat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzekerde kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van een labiacorrectie vanuit de basisverzekering'.

- 6.2. In het definitief advies van 4 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

'Desgevraagd merkt het Zorginstituut op dat de klachten die verzoekster tijdens de hoorzitting heeft beschreven, geen aanleiding geven om aan te nemen dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. 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. Dit blijkt uit artikel 4.6 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 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. Bij verzekerde is een labiacorrectie uitgevoerd. Hierbij zijn zowel de labia minora als de labia majora behandeld. Dit is een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor een labiacorrectie, in die zin dat deze behandeling niet van verstrekking of vergoeding is uitgesloten. Een voorwaarde voor vergoeding van een dergelijke correctie is dat bij betrokkene een verzekeringsindicatie moet bestaan in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in 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 moet het volgens de VAV-Werkwijzer gaan om een aandoening die dusdanig ernstige klachten veroorzaakt dat betrokkene fors wordt beperkt in het functioneren. In geval van de labia kan hierbij onder meer worden gedacht aan pijnklachten die uitsluitend worden veroorzaakt door de labia zelf, zonder enige vorm van aanraking of belasting hiervan. Klachten die hinderlijk of vervelend zijn, maar die betrokkene niet fors beperken in het lichamenlijk functioneren zijn geen reden voor vergoeding vanuit de zorgverzekering. Ongemakken bij het bewegen of het zitten, hoe hinderlijk ook, vallen evenmin onder het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het voorgaande betekent dat in geval van een labiacorrectie alleen in zeer uitzonderlijke situaties kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 8.4. Verzoekster heeft toegelicht dat de klachten van verzekerde haar in het dagelijks leven beperkten. De commissie begrijpt dat verzekerde vervelende en hinderlijke klachten had en dat de behandeling geen cosmetische behandeling betrof. Het was voor verzekerde belangrijk om de behandeling te ondergaan. De commissie dient echter te beoordelen of de situatie van verzekerde voldoet aan de zeer strenge voorwaarden die in dit verband van toepassing zijn en dat is niet het geval. Uit het advies van het Zorginstituut van 8 mei 2023 volgt dat de klachten van verzekerde niet kunnen worden aangemerkt als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de regelgeving en artikel 6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.5. Ten aanzien van verminking geldt dat het Zorginstituut in zijn advies van 8 mei 2023 heeft verklaard dat in het geval van hypertrofie van de labia geen sprake kan zijn van verminking in de zin van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv onderscheidenlijk het hierop gebaseerde artikel 6.4. Dit volgt uit het feit dat er een enorme anatomische variatie bestaat ten aanzien van de vorm en grootte van de labia. De commissie merkt verder op dat gesteld noch gebleken is dat bij verzekerde vóór de ingreep anderszins sprake was van verminking.
- 8.6. De commissie oordeelt dat bij verzekerde ten tijde van de ingreep een verzekeringsindicatie ontbrak en dat daarom geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de uitgevoerde labiacorrectie. Het hebben van een verwijzing maakt dit niet anders. Uit de verklaring van het ziekenhuis blijkt voorts genoegzaam dat verzekerde erover is geïnformeerd dat de kosten voor eigen rekening zouden kunnen zijn. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, behoeft de vraag of verzekerde voorafgaand aan de operatie hiervoor schriftelijk toestemming had moeten vragen aan de ziektekostenverzekeraar geen beantwoording. Dit is immers niet gebeurd en de feitelijke situatie (geen verzekeringsindicatie, kosten voor eigen rekening) zou er niet anders door zijn geworden.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 augustus 2023,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

6.3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch-specialistische behandeling in of door een centrum voor medisch-specialistische zorg;
- medisch-specialistische behandeling van de extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, als die noodzakelijk zijn ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- 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;
- 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;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- elektrische epilatie bij transseksuelen zoals bedoeld onder artikel 17.5 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op zorgzekerheid.nl. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?

- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooiën of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch-specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch-specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch-specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op zorgzekerheid.nl.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

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°. 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. 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 agenese 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.