

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(H.A.J. Kroon, L. Ritzema en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300012

Partijen

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

en

IZA Zorgverzekeraar N.V. 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 door haar gedeclareerde kosten ter zake van de verwijdering van borstprothesen in Iran, vermeerderd met de wettelijke rente hierover vanaf 8 juni 2022 tot aan de dag van algehele voldoening, tegen behoorlijk bewijs van kwijting alsnog en wel binnen 14 dagen na de beslissing te vergoeden. Verder heeft verzoekster de commissie verzocht de ziektekostenverzekeraar in de proceskosten te veroordelen.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat geen sprake was van acute zorg en dat verzoekster daarom op grond van artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering een verwijzing diende te hebben en dat zij vooraf toestemming had moeten vragen voor de ingreep. Nu dit niet is gebeurd, bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten.
- 1.2. De commissie overweegt dat de uitgevoerde ingreep een behandeling van plastisch chirurgische aard betreft en dat hier op grond van artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op kan bestaan. Voorwaarden hierbij zijn dat er sprake moet zijn van een gerichte verwijzing door een huisarts of medisch specialist én dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar moet zijn verkregen. Op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering gelden de eisen van een verwijzing en toestemming niet als sprake is van acute zorg. Het Zorginstituut komt in zijn advies aan de commissie tot de conclusie dat van een acute situatie niet is gebleken. De commissie overweegt dat verzoekster daarom een gerichte verwijzing én voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig had, en beide ontbreken. Ook indien het ontbreken van een gerichte verwijzing en van de voorafgaande toestemming verzoekster niet zouden kunnen worden tegengeworpen, kan dit niet leiden tot vergoeding, omdat op basis van de beschikbare informatie niet blijkt dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde ingreep. De commissie wijst dit onderdeel van het verzoek om die reden af. Ook het onderdeel van het verzoek dat betrekking heeft op de vergoeding van de proceskosten wordt afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt 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 17 juli 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 5 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 september 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 3 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023040830) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 oktober 2023 aan partijen gestuurd. Bij brief van 10 oktober 2023 heeft verzoekster aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 10 oktober 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 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 1 november 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 3 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 november 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitief advies is op 17 november 2023 aan partijen gezonden waarbij partijen in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 17 november 2023, welke door de commissie op 21 november 2023 is ontvangen, heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze brief is op 28 november 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 8 juni 2022 een declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor in Iran gemaakte kosten ter zake van een ingreep, te weten verwijdering van borstprothesen, die op 23 december 2021 heeft plaatsgevonden.
- 3.3. Bij brief van 15 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de behandeling in Iran niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Op 23 november 2022 is verzoekster tegen deze beslissing opgekomen. Bij brief van 29 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij bij zijn standpunt van 8 november 2022 blijft.

- 3.5. Bij brief van 3 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 15 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door haar gedeclareerde kosten ter zake van de verwijdering van borstprothesen in Iran, vermeerderd met de wettelijke rente hierover vanaf 8 juni 2022 tot aan de dag van algehele voldoening, tegen behoorlijk bewijs van kwijting alsnog en wel binnen 14 dagen na de beslissing te vergoeden. Verder heeft verzoekster de commissie verzocht de ziektekostenverzekeraar in de proceskosten te veroordelen.
- 4.2. Bij brief van 17 juli 2023 heeft verzoekster toegelicht dat zij in december 2021 in Masshad, Iran, verbleef. Op 8 december 2021 belandde zij in het ziekenhuis aldaar vanwege bilaterale pijn in de borsten. Op basis van haar medische historie werden de borstprothesen onderzocht. Bij de paraklinische bevindingen en klinische onderzoeken werd vastgesteld dat verzoekster schade had de borstprothesen, waarna zij een chirurgische behandeling onderging waarbij deze borstprothesen op 23 december 2021 werd verwijderd. Verzoekster bestrijdt dat voor de medische behandeling in Iran voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist was. Er was namelijk sprake van een acute noodsituatie. Indien toestemming wel noodzakelijk mocht zijn, hetgeen primair dus wordt bestreden, dan is het in strijd met de redelijkheid en billijkheid dat deze niet achteraf kan worden aangevraagd en verkregen.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar betrof het geen acute noodsituatie, gezien het feit dat de diagnose op 8 december 2021 was gesteld en de ingreep pas op 23 december 2021 is uitgevoerd. Verzoekster verklaart in dit verband dat zij niet direct kon worden geopereerd, omdat zij op dat moment aan bloedarmoede leed en positief was getest op COVID-19. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster twee verklaringen van de behandelend arts overgelegd. Patiënten met een laag hemoglobinegehalte of bloedarmoede die een operatie ondergaan, hebben een vijfmaal grotere kans de operatie niet te overleven. Het was onmogelijk om de acute ingreep uit te stellen en onmiddellijk terug te vliegen naar Nederland, vanwege de COVID-19 situatie wereldwijd en een inreisverbod uit Iran. Het was hierdoor onzeker wanneer verzoekster weer kon terugkeren naar Nederland. Verzoekster had een behoorlijke ontsteking. De prothesen waren kapot of beschadigd en/of gescheurd en moesten worden verwijderd om de ontsteking te behandelen. De artsen in Iran gaven aan dat zij zoveel mogelijk moesten voorkomen dat de siliconen of andere giftige stoffen uit de gescheurde prothesen het borstweefsel zouden binnendringen en in het lichaam zouden achterblijven. Bij verspreiding naar de lymfeklieren zou verdere infectie en schade zijn veroorzaakt. Verzoekster verwijst naar een derde verklaring van de behandelend arts, gedateerd 13 maart 2023, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland en binnen welke termijn moest worden geopereerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoekster contact moeten opnemen met de alarmcentrale. Zij lag echter in het ziekenhuis met pijn op haar borst. Daarnaast had zij COVID-19. De angst voor een operatie veroorzaakte enorme stress, waardoor zij er helemaal niet aan heeft gedacht contact te zoeken met de ziektekostenverzekeraar, laat staan zijn toestemming te vragen. Dit is een normale menselijke reactie in de gegeven omstandigheden. Daarnaast speelt onwetendheid een rol. Haar partner bevond zich op dat moment in Nederland en kon haar niet bijstaan.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar blijkt het zorgsysteem in Iran niet te kennen. Waar in Nederland de huisarts als poortwachter fungeert, gaan mensen in Iran rechtstreeks naar het ziekenhuis als zij

zorg nodig hebben. In Iran vinden geen verwijzingen door de huisarts naar het ziekenhuis plaats. Dit is een typisch Nederlands verschijnsel. Dit cultuurverschil neemt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte niet mee in zijn beslissing.

- 4.5. De bijzondere omstandigheden van het geval maken dat de ziektekostenverzekeraar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid zijn afwijzende beslissing niet kan handhaven. Het is juist zo dat de redelijkheid en billijkheid eisen dat de ziektekostenverzekeraar zich niet zo rigide mag opstellen en oog moet hebben voor deze bijzondere omstandigheden.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij naar een arts in Iran is gegaan, omdat zij verschillende klachten had. In het ziekenhuis zijn verschillende onderzoeken gedaan, zoals een bloedonderzoek en een MRI-scan. Het bloedonderzoek is op 8 december 2021 uitgevoerd. Met de MRI-scan is vastgesteld dat de borstprothesen waren gescheurd en moesten worden verwijderd. Bovendien had verzoekster een infectie. Om de problemen op te lossen, moesten beide borstprotheses worden verwijderd. De ziektekostenverzekeraar focust zich ten onrechte op het verwijderen van de borstprothesen, maar dit is alleen een onderdeel van de operatie. Verzoekster bleek bloedarmoede en corona te hebben. De artsen hebben daarom geadviseerd om te wachten met de operatie. De operatie was dus niet acuut. De artsen hebben niet gezegd dat verzoekster zou overlijden als niet direct werd ingegrepen. Dit neemt niet weg dat de borstprothesen moesten worden verwijderd. Het was niet mogelijk om de operatie uit te stellen tot zij terug was in Nederland. Op dat moment waren er wereldwijd problemen vanwege corona en gold een inreisverbod. Het was onduidelijk wanneer verzoekster terug mocht naar Nederland. Verzoekster was er niet van op de hoogte dat contact moest worden opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Haar partner is de verzekeringnemer en onderhoudt het contact met de ziektekostenverzekeraar. Hij was niet op de hoogte van de situatie. Als hij wel op de hoogte was geweest en hij had geweten dat contact moest worden opgenomen met de zorgverzekeraar, had hij dat gedaan.
- Op 7 juni 2022 zijn de kosten voor het eerst gedeclareerd en is de declaratie afgewezen. Verzoekster heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In dit telefoongesprek is verteld dat de aanvraag is afgewezen omdat er geen vertaling van het verslag van de arts was aangeleverd. Dit document was echter wel aangeleverd. Desondanks heeft verzoekster de vertaling op 8 juni 2022 nogmaals aangeleverd. De aanvraag is dezelfde dag afgewezen omdat toestemming ontbrak. Hierop heeft verzoekster nogmaals telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In dit telefoongesprek is verzoekster meegedeeld dat zij de hoogte van het gedeclareerde bedrag moest onderbouwen. Hierop heeft zij gevraagd of de aanvraag akkoord zou zijn als een aanvullende onderbouwing zou worden aangeleverd. Het is namelijk niet eenvoudig om een verklaring van een arts in Iran te krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat alles daarna in orde zou zijn. Verzoekster heeft veel moeite moeten doen om een tweede verklaring van de behandelend arts te krijgen. Hiermee zijn ook extra kosten gemoeid. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar met het antwoord op deze vraag de indruk heeft gewekt dat de kosten zouden worden vergoed. Dit telefoongesprek is door de ziektekostenverzekeraar opgenomen. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd om de stukken in het dossier goed te bewaren, waaronder de bandopname van het betreffende telefoongesprek. Dit is echter niet gebeurd. 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.
- 4.7. In haar brief van 17 november 2023 heeft verzoekster toegelicht dat op de uitslag van het bloedonderzoek twee datums vermeld staan, namelijk 8 december 2021 en 11 december 2021. Het bloedonderzoek is op 8 december 2021 uitgevoerd en op 11 december 2021 is de uitslag van het bloedonderzoek gegeven. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster foto's overgelegd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 november 2022 verklaard dat de kosten van het verwijderen van de borstprothese in Iran niet worden vergoed. Het verwijderen van borstprothesen

is een plastisch chirurgische ingreep. Op grond van artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering moet een plastisch chirurgische ingreep altijd vooraf worden aangevraagd. Alleen bij toestemming vooraf van de ziektekostenverzekeraar ontvangt men een vergoeding. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat sprake is geweest van een acute noodsituatie, aangezien de diagnose is gesteld op 8 december 2021 en de behandeling pas op 23 december 2021 is uitgevoerd. Het verwijderen van de borstprothese had mogelijk ook kunnen worden uitgesteld tot na terugkomst in Nederland.

- 5.2. Bij brief van 3 mei 2023 - in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen - heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat volgens zijn medisch adviseur een capsulectomie geen spoedzorg is. Het feit dat de operatie (onder meer) vanwege COVID-19 is uitgesteld, bevestigt dat geen acute noodsituatie bestond. Ook de omstandigheid dat bij verzoekster sprake was van anemie, maakt niet dat gesproken kan worden van spoed. Voorts is de ingreep, als gesteld, machtigingsplichtig. Door het niet aanvragen van een machtiging is niet gehandeld conform de voorwaarden van de zorgverzekering. Op basis van de aangeleverde documentatie is geen sprake van een medische situatie waarin niet redelijkerwijs kon worden verlangd dat verzoekster een machtiging zou aanvragen. Daarnaast ontbreekt een verwijzing van een huisarts en is dus niet aangetoond dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op medisch specialistische zorg. In zijn brief van 5 september 2023 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in dit verband aangevoerd dat het voor verzoekster mogelijk was een verwijsbrief te verkrijgen. Ook was contact met de alarmcentrale mogelijk. De ziektekostenverzekeraar verwijst voorts naar zijn brief van 24 mei 2023 - in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen - waarin hij schrijft dat zijn medisch adviseur in dit geval geen medische beoordeling doet, omdat het in deze casus niet proportioneel en subsidiair is om aanvullende informatie op te vragen, gezien alle voorwaarden waar verzoekster niet aan voldoet.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in eerste instantie om vergoeding is gevraagd, omdat sprake zou zijn van acute zorg. Om dit te kunnen vaststellen, is om aanvullende informatie gevraagd. Dit is heel gebruikelijk. Uit de aangeleverde informatie bleek dat het niet om acute zorg ging, maar om planbare zorg. In dat kader is een beoordeling gedaan. De aanvraag is afgewezen, omdat toestemming van de ziektekostenverzekeraar ontbrak. Daarnaast ontbrak een voorafgaande verwijzing. In artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat een voorafgaande verwijzing nodig is en dat toestemming moet worden gevraagd. Daarnaast staat in artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering dat toestemming moet worden gevraagd op het moment dat een verzekerde in het buitenland voor een behandeling wordt opgenomen. De vraag die resteert is of op grond van maatstaven van redelijkheid en billijkheid een uitzondering kan worden gemaakt. Uit het dossier kan niet worden opgemaakt dat verzoekster geen contact kon opnemen met de alarmcentrale of de ziektekostenverzekeraar. Hiervoor was voldoende tijd. Als zij wel contact had opgenomen, had de ziektekostenverzekeraar van te voren informatie kunnen opvragen en haar kunnen begeleiden. Uit het dossier blijkt niet dat in december 2021 een inreisverbod gold voor Iran. De ziektekostenverzekeraar beschikt ook niet over andere informatie waaruit kan worden opgemaakt dat het niet redelijk zou zijn om van verzoekster te vragen contact op te nemen met de alarmcentrale of de ziektekostenverzekeraar. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de toezegging waar verzoekster zich op beroept niet zichtbaar is in het dossier. Bandopnames van telefoongesprekken worden voor trainingsdoeleinden gebruikt en maximaal 28 dagen bewaard. Daarna worden de bandopnames automatisch gewist. Van een specifiek verzoek tot het bewaren van een bandopname van een telefoongesprek met verzoekster is niet gebleken. Daarbij komt dat medewerkers van de ziektekostenverzekeraar er van op de hoogte zijn dat zij geen toezeggingen mogen doen. Dit zou immers een medische beoordeling inhouden. 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 3 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag is of verzoekster voldoet aan de geldende vergoedingsvoorwaarden die zijn genoemd in de VAV werkwijzer. Verder is gevraagd te beoordelen of in de situatie van verzoekster sprake is geweest van acute zorg.

Uit het dossier blijkt dat verzoekster in december 2021 pijn heeft in beide borsten en bij echografie zijn afwijkingen geconstateerd die wijzen op een ruptuur of verdikking van het kapsel. Uit het dossier blijkt ook dat aanvullend een MRI [is] verricht. Het dossier bevat hiervan echter geen uitslag. De verklaringen van de behandelend chirurg zijn niet consistent. In de eerste en tweede verklaring staat dat sprake was van pijn en een verdenking op schade waarop de borstprothesen werden verwijderd. In de derde verklaring wordt ook gesproken van pijn en milde koorts bij een mogelijke ruptuur of infectie en van een spoedoperatie. De operatie werd twee weken uitgesteld vanwege bloedarmoede en een positieve COVID-test.

Het is niet bekend wat de bevindingen waren bij lichamelijk onderzoek (aanwijzingen voor kapselvorming of een infectie?). Op basis van de echo van de borsten was de diagnose nog niet duidelijk (een ruptuur of kapselvorming?). Er is een MRI verricht die sensitiever is in het vaststellen van afwijkingen van de borstprothesen, maar de uitslag hiervan is onbekend. Het is niet bekend van welke datum het bloedonderzoek is.

Op basis van de beperkte informatie in het dossier is niet duidelijk wat de uiteindelijke diagnose/indicatie was voor de operatie. Hierdoor kan niet worden vastgesteld of verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding volgens de VAV werkwijzer en of er een indicatie was voor een spoedoperatie.

Conclusie

Op basis van de beschikbare medische informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoekster voldoet aan de voor de zorg in geschil geldende specifieke vergoedingsvoorwaarden. Ook is niet aangetoond dat zij een spoedindicatie had voor het verwijderen van de borstprothesen.

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 het verwijderen van (een) borstprothese(s). Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een vergoeding van de kosten hiervan vanuit de basisverzekering. Verder is niet aangetoond dat verzoekster een spoedindicatie had voor het verwijderen van de borstprothesen."

- 6.2. In het definitief advies van 15 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen. U hebt het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de nagekomen stukken.

De nagekomen stukken bestaan uit een brief van [de gemachtigde] van 6 oktober 2023 en bijlagen. Het Zorginstituut beschikte al over deze bijlagen. In het oorspronkelijke dossier zijn deze stukken als bijlage bij de brief van [de gemachtigde] van 21 maart 2023 gevoegd. Het betreffen een echografie en een uitslag van een bloedonderzoek. Er is nog steeds geen duidelijkheid over

de datum van de uitslag van het bloedonderzoek. Volgens [de gemachtigde] is de datum hiervan 11 december 2021. De partner van verzoekster heeft tijdens de hoorzitting verklaard dat de datum hiervan 8 december 2021 is.

Uit het verslag en de aanvullende stukken 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 10.1 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, het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', het toestemmingsvereiste en de eis van een voorafgaande verwijzing 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. Verzoekster heeft zorg gehad in Iran. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Iran geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.
- 8.3. De commissie overweegt dat de uitgevoerde ingreep, te weten het verwijderen van borstprothesen, een behandeling van plastisch chirurgische aard betreft. Op grond van artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op plastische chirurgie. Voorwaarden hierbij zijn dat er sprake moet zijn van een gerichte verwijzing door bijvoorbeeld een huisarts of medisch specialist én dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar moet zijn verkregen. De eis van een gerichte verwijzing volgt uit artikel 14, tweede lid, Zvw. Op grond van genoemd artikel is het een zorgverzekeraar toegestaan te bepalen dat zijn voorafgaande toestemming vereist is.
- 8.4. Verzoekster stelt dat sprake was van acute zorg zodat beide eisen haar niet kunnen worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden, waarbij hij heeft aangevoerd dat er geruime tijd is verstreken tussen de diagnose en de operatie. Daarnaast kan volgens zijn medisch adviseur bij een capsulectomie niet worden gesproken van een spoedindicatie. De commissie overweegt dat, op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering, de eisen van een gerichte verwijzing en voorafgaande toestemming niet gelden als sprake is van acute zorg, dat wil zeggen van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. In zijn advies aan de commissie van 3 oktober 2023 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet is aangetoond dat verzoekster een spoedindicatie dat voor het verwijderen van de borstprothesen. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en concludeert dat niet kan worden gesproken van acute zorg in de zin van artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering zodat een gerichte verwijzing en voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist waren en deze ontbreken.

- 8.5. Waar het gaat om het toestemmingsvereiste heeft verzoekster aangevoerd dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, indien dit haar in de gegeven omstandigheden wordt tegengeworpen. De toestemming zou volgens haar ook achteraf kunnen worden aangevraagd en verkregen. De commissie merkt, nog los van het gegeven dat niet is gebleken van een feitelijk onmogelijkheid om vooraf te vragen, op dat het toestemmingsvereiste voor behandelingen van plastisch chirurgische aard niet louter een formele voorwaarde is en niet los kan worden gezien van de eis dat de verzekerde zorg en andere diensten slechts toegankelijk zijn voor de verzekerde die hierop redelijkerwijs is aangewezen. In zijn advies aan de commissie van 3 oktober 2023 heeft het Zorginstituut verklaard dat op basis van de beperkte informatie in het dossier niet duidelijk is wat de uiteindelijke diagnose/indicatie was voor de operatie. Hierdoor kan, aldus het Zorginstituut, niet worden vastgesteld of verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding volgens de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor artsen volksgezondheid (VAV). Op basis hiervan concludeert de commissie dat niet vast staat dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de in Iran uitgevoerde behandeling. Hieruit volgt dat, ook indien de formele eis van voorafgaande toestemming zou komen te vervallen, het bestaan van een verzekeringsindicatie bij verzoekster nog steeds niet kan worden vastgesteld zodat geen vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering mogelijk is. Het voorgaande betekent dat het eerste onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.
- 8.6. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat haar in een telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat "alles in orde" zou zijn met het aanleveren van de tweede verklaring van de behandelend arts. De commissie begrijpt de stelling van verzoekster zo dat zij uit het verzoek om een tweede verklaring van de behandelend arts heeft afgeleid dat de kosten van de ingreep zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist en toegelicht dat dit een heel gewoon verzoek is om te beoordelen of sprake was van acute zorg. De commissie acht de uitleg van de ziektekostenverzekeraar hierover plausibel en overweegt dat niet van een toezegging is gebleken.
- 8.7. Verzoekster heeft de commissie verder verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar de proceskosten moet vergoeden. Nu het eerste onderdeel van het verzoek wordt afgewezen, bestaat reeds daarom geen aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe is gehouden. Ook het tweede onderdeel van het verzoek wordt daarom afgewezen.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 december 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

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen.

Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.7. Rechtstreekse betaling

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

1.8. Verrekening van kosten

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

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming (machtiging)

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

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

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

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

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

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

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

1.12. Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heeft u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

- 8.3.2.** Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
 - De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
 - De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling 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 verslaptte 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 gehemeltepletten, 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.

Wanneer heeft u recht op vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op vergoeding van de kosten van deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (tegenwoordig Vereniging Artsen Volksgezondheid, VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. Behandeling van verlamde of verslaptte 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.

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.

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, 2.6, 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.

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 vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- 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.