



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, verwijderen borstprotheses, lekkage

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 13 Nederlands-Turks verdrag
inzake sociale zekerheid

Zaaknummer : 202001837

Zittingsdatum : 3 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 november 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 5 januari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 26 januari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021000357) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 28 januari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 maart 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 5 maart 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd toe te lichten of uitsluitend door middel van een MRI, echo of mammografie objectief kan worden vastgesteld of sprake is van een verzekeringsindicatie. Of dat dit ook mogelijk is op basis van bijvoorbeeld de bevindingen van een arts tijdens een operatie en/of eventueel gemaakte videobeelden. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 11 maart 2021 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 maart 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 17 maart 2021 heeft verzoekster per e-mailbericht van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft zich op 25 juni 2020 in Istanbul, Turkije, laten opereren. Tijdens deze ingreep zijn bij verzoekster de achttien jaar geleden geplaatste borstprotheses verwijderd. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de ingreep te vergoeden.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juli 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 20 augustus 2020 en 9 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. De huisarts heeft op 16 september 2020 per e-mail over verzoekster verklaard:

"In de brief door u gestuurd aan [naam verzoekster] op 9-9-2020 vraagt u om medische informatie en de verwijzing destijds naar de plastische chirurg mbt de klachten van de beide mammae.

Zoals beschreven in de verwijzing waren er meerdere klachten. Er waren rug en nekklachten toen toegeschreven aan het gewicht van de protheses.

Verder was er sprake van pijnklachten bij een draaibeweging waarbij mw het gevoel had dat de protheses bleven haken achter haar ribben.

Zij had ook klachten van algehele malaise.

Hieronder is een kopie van de verwijzing naar de plastisch chirurg waarin de verwijfsreden benoemd staat.

(...)

Reden van verwijzing, vraagstelling

20 jaar geleden in Turkije siliconen implantaten gekregen (platte). Toen cup E. Nu na gewichtstoename cup GG, tepelgrootte gelijk aan mamma. Pijnklachten nek en rug door gewicht, en ook belemmering in werk en ADL. Bij draaien van bovenlichaam lijken protheses vast te haken aan ribben wat zeer pijnlijk is.

Graag uw oordeel en eventueel vervanging van de protheses."

3.6. Op 26 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief zijn voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Het Zorginstituut heeft zijn advies als volgt onderbouwd:

"Gelet op de beschikbare medische informatie in het dossier is voorafgaand aan de operatie niet aangetoond sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals beschreven in het juridisch kader.

In het verslag van de operatie staat dat beide prothesen gescheurd waren. Een ruptuur of lekkage van een siliconenprothese moet echter voorafgaand aan de operatie aangetoond zijn door een mammografie/echo/MRI.

Omdat verzoekster de operatie al ondergaan heeft kan niet meer worden vastgesteld of verzoekster al dan niet een indicatie had voor de operatie. Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering dient een verzekerde voorafgaand aan de behandeling redelijkerwijs te zijn aangewezen op de behandeling. Het feit dat verzoekster geen klachten meer ervaart sinds de verwijdering van de prothesen doet dan ook niet aan af aan de conclusie.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie had voor het verwijderen van borstprothesen. Verzoekster is daarom niet redelijkerwijs aangewezen op de operatie en kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

3.7. Op 11 maart 2021 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"U heeft het Zorginstituut gevraagd of uitsluitend door middel van een MRI, echo of mammografie objectief kan worden vastgesteld of sprake is van een verzekeringsindicatie. Of dat dit ook

mogelijk is op basis van bijvoorbeeld de bevindingen van een arts tijdens een operatie en/of de videobeelden.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat een verzekerde voorafgaand aan de behandeling redelijkerwijs aangewezen dient te zijn op een behandeling om aanspraak te kunnen maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Het is misschien wel mogelijk om achteraf op basis van de bevindingen van de arts tijdens de operatie en/of videobeelden van de operatie vast te stellen dat verzoekster een indicatie had, maar dat betekent niet dat verzoekster ook aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Aangezien de indicatie dan niet voorafgaand aan de behandeling is vastgesteld. Wanneer de vergoeding van zorg afhangt van het resultaat van een behandeling dan zou dit leiden tot een heel ander zorgverzekeringsstelsel, welke ook niet voorspelbaar is voor de patiënt en de maatschappij.

Er zijn minder ingrijpende (dan operatieve) beeldvormende technieken om te beoordelen of sprake is van een ruptuur of lekkage van een siliconenprothese. Met zorgaanbieders is afgestemd dat dit de gebruikelijke en goede beeldvormende onderzoeken zijn: mammografie, echo en MRI. Daarmee wordt voorkomen dat patiënten onnodig een operatie, met de risico's die dat meebrengt, ondergaan. Gelet op het bovenstaande zijn de videobeelden van de operatie niet relevant voor de beoordeling van het geschil. Verder trekt het Zorginstituut de bevinding van de behandelend arts niet in twijfel, maar het blijft een constatering achteraf welke ook vooraf had gekund."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de in Istanbul uitgevoerde ingreep, waarbij haar borstprotheses zijn verwijderd, moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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 A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch-chirurgische aard, alsmede die uit het Nederlands-Turks verdrag, 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.
- 6.2. Aan de orde is de vraag of de door verzoekster in Istanbul ondergane ingreep door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf indien de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. In de situatie van verzoekster is echter sprake van planbare zorg. Daarom heeft verzoekster geen aanspraak op de gevraagde zorg op grond van het Nederlands-Turks verdrag. Een eventueel recht op vergoeding moet daarom worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgverzekering

- 6.3. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder het operatief verwijderen van borstprothesen. Voorwaarde om voor vergoeding hiervan in aanmerking te komen is dat sprake moet zijn van een (verzekerings)indicatie in de vorm van verminking en/of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit blijkt uit artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.4. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving, waar artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering op is gebaseerd, gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin kan in het onderhavige geval niet worden gesproken.
- 6.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gedacht aan:
(i) een lekkage van de prothese;
(ii) kapselvorming Bakerklasse IV of hoger;
(iii) een persisterende of recidiverende infectie door de aanwezigheid van de prothese, die niet reageert op andere behandelingen (bijvoorbeeld antibiotica);
(iv) interferentie met de behandeling van borstkanker (bijvoorbeeld radiotherapie) door aanwezigheid van de borstprothese;
(v) een borstimplantaat geassocieerd anaplastisch grootcellig T-cel lymfoom (BIA-ALCL), aangetoond door middel van pathologisch anatomisch onderzoek met cystoscopische punctie of histologische biopsie;
(vi) bij ernstige en aanhoudende systemische klachten, waarbij andere mogelijke oorzakelijke factoren voor deze klachten - anders dan de borstprothesen - door uitgebreid internistisch onderzoek zijn uitgesloten en er geen andere behandelmogelijkheden meer zijn dan verwijdering van de borstprothesen.
- 6.6. Bij verzoekster is geen sprake van kapselvorming (ii), een infectie van de prothesen (iii), interferentie met de behandeling van borstkanker door aanwezigheid van de borstprothesen (iv) of een aan de borstprothesen geassocieerd T-cel lymfoom (v). Ook is niet gebleken van aanhoudende systemische klachten (vi). Dit betekent dat moet worden beoordeeld of aan de dan nog resterende voorwaarde (i) wordt voldaan. Hierover hebben partijen het volgende aangevoerd.
- 6.7. Verzoekster heeft gesteld dat zij al jaren last had van de achttien jaar geleden geplaatste borstprothesen. Deze klachten bestonden onder andere uit nek- en ruggpijnen, en het gevoel dat de prothesen tussen haar ribben zaten. Omdat behandelingen fysiotherapie de klachten niet verhielpen heeft zij zich aanvankelijk in Nederland gewend tot een kliniek om aldaar een borstverkleining te laten uitvoeren. Daar de klachten verergerden heeft verzoekster in juni 2020 besloten haar borsten in Turkije te laten nakijken. Aldaar bleek dat de prothesen waren gaan lekken. De behandelend arts heeft alles tijdens de operatie gefilmd, en op de opnames is te zien dat beide prothesen op twee á drie plekken waren gescheurd en dat de inhoud in het lichaam terecht was gekomen. Met het operatieverslag en het beeldmateriaal heeft verzoekster naar haar mening aangetoond dat sprake was van lekkage. Bovendien blijkt uit de beschreven klachten, die worden bevestigd door de huisarts, dat de prothesen klachten veroorzaakten. Na de ingreep is verzoekster klachtenvrij.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het verwijderen van borstprothesen kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering als sprake is van lekkage. Dit moet worden aangetoond door middel van een mammografie, echo of MRI. Tijdens de ingreep in Turkije is bij verzoekster aan

het licht gekomen dat de eerder geplaatste protheses waren gaan lekken. Omdat de lekkage niet is aangetoond door middel van een mammografie, echo of MRI kan niet meer worden beoordeeld of daadwerkelijk sprake was van lekkage. Het door verzoekster overgelegde verslag en beeldmateriaal is hiervoor onvoldoende. Uit deze informatie wordt namelijk niet helder wat de aard en de oorzaak is van de beschadigingen van de protheses.

Verder geldt dat de door verzoekster aangevoerde nek- en rugklachten geen verband houden met een eventuele lekkage van de borstprotheses.

6.9. De commissie overweegt het volgende.

Zoals hiervoor is uiteengezet, spitst het geschil zich toe op de vraag of bij verzoekster ten tijde van de operatie sprake was van een ruptuur of lekkage van een siliconenprothese, en op welke wijze dit aannemelijk moet worden gemaakt. In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' (2019, versie 20.0). De VAV Werkwijzer hanteert maatstaven die tot stand zijn gekomen in overleg tussen de werkgroep plastische chirurgie van de VAV, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie. In de verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar wordt vermeld dat de 'VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen' (verzekeringsvoorwaarden 2020, paragraaf B.4.5 op p. 47, r.k.). Volgens deze VAV Werkwijzer is vergoeding mogelijk bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Daaronder wordt begrepen een ruptuur of lekkage van een siliconenprothese 'welke aangetoond is door een mammografie/echo/MRI' (Werkwijzer, p, 9). Uit het woord 'is' en door hetgeen door het Zorginstituut in zijn definitief advies van 11 maart 2021 is uiteengezet blijkt dat het bewijs van de ruptuur of lekkage vooraf en niet achteraf moet worden geleverd, omdat anders de toestand van de protheses niet objectief kan worden beoordeeld. Het feit dat verzoekster achteraf klachtenvrij was, is eveneens ontoereikend. De commissie sluit zich aan bij het advies van het Zorginstituut Nederland. De commissie kan dan ook slechts tot een voor verzoekster ongunstige conclusie komen.

6.10. De commissie ziet in dit geval ook geen reden om op grond van redelijkheid en billijkheid af te wijken van het oordeel waartoe zij is gekomen. De commissie heeft er begrip voor dat verzoekster onaangenaam getroffen is door de kosten waarvan zij veronderstelde dat die voor rekening van de ziektekostenverzekeraar zouden komen. Helaas heeft verzoekster zich niet beter geïnformeerd over de vergoeding die zij voor de operatieve ingreep kon verwachten. Het risico daarvan berust bij haarzelf.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Het verzoek kan daarom niet worden toegewezen op grond van deze verzekering.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 april 2021,

G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling.

Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer zijn gekoppeld.
- u 18 jaar of ouder zijn.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling ver-

wezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts, bedrijfsarts, GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.

- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltpleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij

- de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
 - primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
 - de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltepleten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- Laserbehandeling:
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte door-gankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Indien een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing, Zie hiervoor artikel B.4.2.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap