

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, voorhoofdslift, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202100537
Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 23 september 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 12 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 24 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 27 december 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Op 6 februari 2022 heeft de verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. De reactie van verzoeker is tezamen met de aantekeningen toegevoegd aan het dossier. Een kopie van de reactie van verzoeker is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekeringen AV Budget en AV Tand Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Namens verzoeker is een aanvraag gedaan voor een endoscopische voorhoofdslift. Hierop is op 11 december 2020 door de ziektekostenverzekeraar afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 29 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming moet verlenen voor de aangevraagde endoscopische voorhoofdslift.
- 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. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker verklaart dat hij in de loop van de dag last heeft van een afnemend zicht (naar een zeer beperkt zicht), soms gepaard gaande met hoofdpijnlachten. Hij sprak hierover met zijn oogarts, waarbij verzoeker de mogelijkheid van een ooglidcorrectie opperde. Deze arts verwachtte weinig van een dergelijke ingreep als het gaat om de verbetering van het zicht en wees verzoeker door naar de plastisch chirurg. Laatstgenoemde vroeg namens hem een endoscopische voorhoofdslift aan.
Een dergelijke behandeling verdient volgens de plastisch chirurg de voorkeur boven een wenkbrauwlift beiderzijds. Bij die laatste ingreep wordt namelijk een strook huid verwijderd, met een groot risico op zichtbare littekens. Daarnaast bestaat de kans dat de wenkbrauwbogen scheef trekken door het verwijderen van de huid. Verder vormt een wenkbrauwlift beiderzijds een tijdelijke, en geen structurele oplossing voor de problemen die verzoeker ondervindt. Verzoeker wijst er voorts op dat in de VAV Werkwijzer ten aanzien van de doelmatigheid geen onderscheid wordt gemaakt tussen beide ingrepen. De kosten zijn volgens hem vergelijkbaar. Tevens meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte voorbijgaat aan de kennis, ervaring en expertise van de plastisch chirurg. Deze heeft verklaard bij verzoeker geen wenkbrauwlift beiderzijds uit te voeren. Een gesprek met de ziektekostenverzekeraar over zijn behandelkeuze bleek niet mogelijk. Verzoeker stelt dat in dit verband het oordeel van de behandelend arts leidend dient te zijn. Tot slot verklaart verzoeker dat hij niet uitziet naar de operatie. Statistisch gezien heeft hij echter nog 22 jaar te leven en hij hoopt na de ingreep "werkelijk en gevoelsmatig weer beter contact te hebben met zijn omgeving".

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de VAV Werkwijzer en stelt dat de problemen die verzoeker ondervindt kunnen worden opgelost door middel van een wenkbrauwlift beiderzijds. Hierbij worden twee kleine sneetjes boven de wenkbrauwen gemaakt. Een wenkbrauwlift beiderzijds is doelmatiger dan de aangevraagde endoscopische voorhoofdslift. Deze laatste operatie is ingrijpender, risicovoller en ca. 2,5 maal zo duur. Ook bij navraag bij de NVPC is niet gebleken van wetenschappelijke literatuur waaruit blijkt dat een voorhoofdslift de betere oplossing is in geval van een gezichtsveldbeperking. Indien deze literatuur er wel is, verneemt de ziektekostenverzekeraar dit graag van de behandelend plastisch chirurg. Een andere mogelijkheid is dat de arts onderbouwt waarom in de specifieke situatie van verzoeker aan genoemde

behandeling de voorkeur moet worden gegeven. In een telefonisch contact met de plastisch chirurg is deze informatie niet geleverd.

De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat in ca. 60% van de gevallen een wenkbrauwlift wordt aangevraagd om een gezichtsveldbeperking te verhelpen. Ook de beroepsgroep geeft aan deze behandeling dus de voorkeur. Ten aanzien van de littekens bij toepassing van een wenkbrauwlift merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze klein zijn. Hierbij verwijst hij naar de sites van NVEPC, Kliniek Veldhoven en de Boerhave Kliniek.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie stelt vast dat zowel een endoscopische voorhoofdslift als een wenkbrauwlift behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Tussen partijen bestaat geen verschil van mening dat verzoeker een ernstige gezichtsveldbeperking heeft. In de door hen aangehaalde VAV Werkwijzer wordt dit genoemd als een (verzekerings)indicatie bij beide ingrepen. Hiermee is onomstreden dat verzoeker in redelijkheid op één van deze ingrepen is aangewezen, waarbij dan de vraag resteert welke behandeling als doelmatig is aan te merken. Bij de totstandkoming van de Zvw is de wetgever ervan uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventueel doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden (Stb. 2005, 389, p. 37). Het ligt op de weg van de zorgverzekeraar erop toe te zien dat een juiste balans tot stand komt tussen enerzijds de kosten van zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Bovendien mag van de zorgverzekeraar worden verwacht dat hij bij zijn beoordeling ook tegenover de verzekerde objectiviteit en transparantie zal betrachten. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar op redelijke gronden heeft besloten de aanvraag voor de endoscopische voorhoofdslift af te wijzen.
- 6.5. De commissie constateert dat in artikel 2.7.1, onder e, van de zorgverzekering tussen partijen afspraken zijn gemaakt over de doelmatigheid van de zorg en overige diensten, zodat de ziektekostenverzekeraar hierover kan oordelen. Uit de toelichting van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat hij bij zijn oordeelsvorming niet alleen heeft gelet op het verschil in kosten tussen de beide behandelingen, maar dat hij hierbij tevens zorginhoudelijke overwegingen heeft betrokken. In dit verband is door hem overwogen dat de endoscopische voorhoofdslift ingrijpender en risicovoller is dan een wenkbrauwlift beiderzijds. Tevens is door hem gesteld dat uit de wetenschappelijke literatuur - ook bij navraag bij de NVPC - niet is gebleken dat bij een ernstige gezichtsveldbeperking aan een endoscopische voorhoofdslift de voorkeur moet worden gegeven. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het beeld dat verzoeker heeft van de wenkbrauwlift niet juist is, in die zin dat kan worden volstaan met twee kleine sneetjes boven de wenkbrauwen, waarbij hij heeft verwezen naar een drietal websites waarop hierover informatie is te vinden. Door de ziektekostenverzekeraar is voorts contact gezocht met de behandelend plastisch chirurg, maar hierbij zijn geen bijzondere omstandigheden naar voren gekomen die het in de specifieke situatie van verzoeker noodzakelijk maken te kiezen voor de aangevraagde ingreep.
- 6.6. Verzoeker heeft, van zijn kant, een aantal stellingen betrokken. Voor zover niet reeds door de ziektekostenverzekeraar weerlegd - zie hiervoor -, is zijn belangrijkste stelling dat een wenkbrauwlift beiderzijds geen structurele oplossing voor zijn problemen vormt. Deze stelling heeft hij echter niet onderbouwd. Dat de behandelend plastisch chirurg niet bereid zou zijn een wenkbrauwlift beiderzijds uit te voeren bij verzoeker is, bij ontbreken van een inhoudelijke onderbouwing, voor de beoordeling niet relevant. Hoewel de commissie begrijpt dat verzoeker een persoonlijke voorkeur heeft voor een endoscopische voorhoofdslift, en hij hierin kennelijk wordt gesteund door zijn behandelend arts, is dit gelet op hetgeen hiervoor is overwogen objectief gezien niet de meest doelmatige ingreep ter oplossing van het probleem van de gezichtsveldbeperking die hij ervaart. Het aspect van de

kosten - volgens de ziektekostenverzekeraar is een voorhoofdslift 2,5 maal duurder - mag hierbij niet buiten beschouwing worden gelaten.

Verder moet worden vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar ook transparant is geweest in zijn beoordeling, aangezien hij zijn afwegingen ten aanzien van de doelmatigheid voor verzoeker van meet af aan inzichtelijk heeft gemaakt.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 februari 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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.

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 verslapte 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 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.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

- a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
- b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en -bij het ontbreken van een zodanige maatstaf- door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. U heeft geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. tot 1 juli 2022 behandeling met tumorinfiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- b. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- c. tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- d. tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 2°;
- e. tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

rapeut. Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op logopedie gegeven door een door ons hiervoor gecontracteerde logopedist.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.15 Plastische chirurgie

Inhoud zorg

U heeft recht op een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden, als 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. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking wanneer:
 - de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt en;
 - het aannemelijk is dat de correctie van het bovenooglid de gezichtsveldvermindering oplost en;
 - de gezichtsveldbeperking tot belemmeringen in het dagelijkse functioneren leidt.
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- f. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgenders verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op de volgende zorg:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, tenzij sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of;
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgenders verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend medisch specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten. Ook dient u ons voor zover van toepassing de foto's toe te sturen die de medische fotograaf voor dit doel heeft gemaakt. U hoeft geen foto's toe te sturen als u een bovenooglidcorrectie aanvraagt.

Let op! Voor het in bezit krijgen van de foto's van de medische fotograaf brengt het ziekenhuis u mogelijk kosten in rekening. Deze kosten vergoeden wij niet.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.