



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen ONVZ Ziektelkostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie, buikbreuk
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer	: 202002339
Zittingsdatum	: 26 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 19 januari 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 12 maart 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 16 maart 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 13 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021010519) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 april 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 26 mei 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 7 juni 2021 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 juni 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 17 juni 2021 heeft de zorgverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de VvAA zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft aan een operatieve ingreep in 2017 een littekenbreuk overgehouden. Deze breuk, in combinatie met een hernia, geeft veel klachten. Daarnaast kampt verzoekster na de ingreep met huidoverschot rond haar buik. De behandelend plastisch chirurg heeft voorgesteld tijdens één operatie zowel de navelbreuk als de overhangende buik te herstellen. De chirurg heeft namens verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een buikwandcorrectie.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft op 14 september 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een buikwandcorrectie is afgewezen.
- 3.4. De behandelend plastisch chirurg heeft op 14 oktober 2020 per brief over verzoekster verklaard:

“Wij hebben u op 26-08-2020 op de polikliniek gezien aangezien u last heeft van een huidoverschot van de buik waarbij tevens een littekenbreuk (hernia cicatricalis) is ontstaan na het plaatsen van een stent in de AMS, wat gecompliceerd is door een infectie. Dit alles heeft in 2017 gespeeld.

Daarbij geeft u mechanische klachten aan welke progressief van aard zijn en eerdere conservatieve therapie middels een corset en fysiotherapie geen baat hebben gehad.

Bij lichamelijk onderzoek zien we een forse herniatie (hernia cicatricalis) met palpabele peristaltiek van het darmpakket, craniaal in het abdomen.

Tevens is er sprake van een ingetrokken laparotomielitteken en een huidoverschot conform de Pittsburgh Rating Scale 3.

Wij vragen dan ook bij de verzekering aan een fleur de lis buikwandcorrectie waarbij we een combinatieingreep zullen doen waarbij tevens de chirurg mee zal opereren ([naam], specialist op het gebied van buikwandbreuken). De chirurg zal middels een ramirez plastiek in combinatie met een mat de breuk herstellen waarbij wij het huidoverschot middels een fleur de lis buikwandcorrectie zullen oplossen."

- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 3 november 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing ten aanzien van de aangevraagde buikwandcorrectie handhaaft. Verder heeft de zorgverzekeraar verzoekster in bedoelde brief meegedeeld dat de operatieve ingreep waarmee de breuk verholpen kan worden niet machtigingsplichtig is en dat hiervoor dan ook geen voorafgaande toestemming is vereist.

- 3.6. Op 13 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Lichamelijke functiestoornis

Noch gesteld noch gebleken is dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis welke door middel van een abdominoplastiek zal worden verholpen. Weliswaar zijn er rugklachten en klachten van de littekenbreuk, maar deze zijn beide toe te schrijven aan de hernia. Te verwachten valt dat de herstelingreep van de littekenbreuk de klachten zal doen verhelpen.

Verminking

Wel is voldoende aannemelijk gemaakt dat er sprake is van een verminking die veroorzaakt is door een geneeskundige verrichting. In het geval van verzoekster is geen sprake van (een voorgeschiedenis met) overgewicht. Een beoordeling van verminking op basis van de PRS is daarmee niet aangewezen. De PRS is ontwikkeld voor gebruik bij de preoperatieve planning van de juiste plastische chirurgische behandeling bij post-bariatrische chirurgiepatiënten (patiënten met een maagverkleining). Zoals in de VAV werkwijzer is genoemd kan ook van verminking worden gesproken wanneer er "een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding" bestaat. Zoals hierboven ook wordt aangehaald, wordt in de RZA verminking nader gedefinieerd als een "ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel".

In het geval van verzoekster is naast de hernia tevens sprake van een forse verkleving van de buikhuid aan de buikwand en hiervan uitgaande stervormige plooien van de buikhuid. Deze is ontstaan vanuit een operatielitteken en na een ernstige wondinfectie. Deze misvorming kan worden beschouwd als een verminking van de buikwand. Omdat de operatie van de littekenbreuk van een andere aard is, is onwaarschijnlijk dat enkel het herstel van die littekenbreuk in een belangrijke mate bij zal dragen aan verbetering van het aspect van de verkleving. Het is daarentegen wel aannemelijk dat de abdominoplastiek de situatie in een belangrijke mate zal verbeteren."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de aangevraagde buikwandcorrectie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De zorgverzekeraar 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 78 van de 'Algemene regels' 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 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. Verzoekster heeft een littekenbreuk en huidoverschot rond haar buik. Uit de verklaring van de behandelend plastisch chirurg blijkt dat bij verzoekster een ramirez plastiek in combinatie met een mat wordt uitgevoerd om de breuk herstellen, en dat een buikwandcorrectie is voorgesteld om het huidoverschot te corrigeren. Beide verrichtingen zullen tijdens één operatieve ingreep worden uitgevoerd.

Uit de brief van de zorgverzekeraar van 3 november 2020 blijkt dat de aangevraagde ramirez plastiek wordt vergoed, maar dat de eveneens aangevraagde buikwandcorrectie wordt afgewezen. Om die reden zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de vraag of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor laatstgenoemde ingreep.

- 6.3. Op grond van het bepaalde op de pagina's 50 e.v. van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard, waaronder een buikwandcorrectie. Hierbij geldt dat een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden aanwezig moet zijn.

- 6.4. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een zodanige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid een kwart van de lengte van het bovenbeen bedekt. Niet gebleken is dat de buikhuid van verzoekster aan genoemd criterium voldoet.

Verder is verzoekster niet vanwege smetklachten onder behandeling (geweest) van een dermatoloog, zodat geen sprake is van onbehandelbaar smetten. Ook anderszins is bij haar niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De door verzoekster genoemde rugklachten en klachten van de littekenbreuk worden niet veroorzaakt door de overtollige huid, maar door de hernia. De verwachting is daarbij dat de herstelgreep van de littekenbreuk deze klachten zal doen verhelpen.

- 6.5. In geval van een buikwandcorrectie is verminking aan de orde bij (i) een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3 of (ii) een verminking van de buikwand die in ernst vergelijkbaar is met een derdegraads verbranding.

De behandelend plastisch chirurg heeft over verzoekster verklaard dat bij haar sprake is van een situatie die in ernst vergelijkbaar is met PRS graad 3. Dit criterium wordt evenwel alleen toegepast bij (een voorgeschiedenis met) overgewicht. Omdat dit bij verzoekster niet speelt, is een beoordeling van verminking op basis van de PRS niet aangewezen. Hetgeen partijen daarover hebben aangevoerd wordt door de commissie daarom gepasseerd.

- 6.6. Ten aanzien van de andere grond voor verminking (ii) geldt dat bij verzoekster, naast de hernia, sprake is van een forse verkleving van de buikhuid aan de buikwand. Deze situatie is ontstaan vanuit een operatielitteken en na een ernstige wondinfectie. Het Zorginstituut merkt in zijn voorlopig advies van 6 april 2021 op dat deze misvorming kan worden beschouwd als een verminking van de buikwand. Omdat de operatie van de littekenbreuk van een andere aard is, is onwaarschijnlijk dat enkel het herstel van die littekenbreuk in een belangrijke mate zal bijdragen aan verbetering

van het aspect van de verkleving. Het is daarentegen wel aannemelijk dat de aangevraagde buikwandcorrectie de situatie in een belangrijke mate zal verbeteren. Het Zorginstituut komt in zijn advies tot de conclusie dat verzoekster een verzekeringsindicatie heeft voor een buikwandcorrectie. Dit wordt bevestigd in het definitief advies van 7 juni 2021.

De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut nog aangevoerd dat na het uitvoeren van de Ramirezplastiek geen sprake meer zal zijn van forse verklevingen aan de buikwand. Met alleen het uitvoeren van een Ramirezplastiek wordt de misvorming opgeheven zodat alsdan geen sprake meer is van een (verzekerings)indicatie voor een buikwandcorrectie. De behandelend arts heeft echter verklaard dat alleen het uitvoeren van een Ramirezplastiek niet tot een afdoende resultaat zal leiden. Alles afwegende ziet de commissie aanleiding het advies van het Zorginstituut te volgen. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 23 juni 2021,

H.A.J. Kroon

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.

(...)

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:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, 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;

(...)

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 agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt de opname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Excellent en Zorg op reis moet u vooraf contact opnemen met onze Zorgconsulent.

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Plastische chirurgie is echter veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis⁴ heeft
2. verminkingen⁵ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslapte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltlespleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Zie hiervoor: www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering/voorwaarden-2020

⁴ Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

⁵ Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

De **aanvullende verzekeringen** Optimaal en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als de basisverzekering die niet vergoedt.

Optimaal vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Top en Excellent vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist², zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Dit wordt niet vergoed

- plastische chirurgie zonder medische noodzaak
- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie staat in het document plastische chirurgie³.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Student	Geen vergoeding
Start	Geen vergoeding
Plus	Geen vergoeding
Optimaal	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Top	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Excellent	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, KNO-arts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering - 030 639 64 00

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen moet u vooraf toestemming³ hebben gekregen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wachtlijst? Neem contact op met de Zorgconsulent

U kunt onze Zorgconsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de Zorgconsulent terecht.

Vruchtbaarheidsbehandelingen

Als het niet lukt om zwanger te worden.

Wat u vergoed krijgt

Blijft door een medische oorzaak een zwangerschap uit, maar heeft u wel een kinderwens? En bent u jonger dan 43 jaar?

Dan vergoedt de **basisverzekering**:

- medisch-specialistisch(e) onderzoek en behandeling
- kunstmatige inseminatie (ki) of intra-uteriene inseminatie (iui)
- in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi), inclusief het invriezen (cryopreserveren) van embryo's
- geneesmiddelen die daarbij nodig zijn

Voor ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

Dit wordt niet vergoed

- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Zie hiervoor: www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering/voorwaarden-2020