

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Plastische chirurgie, septorhinoplastiek, indicatie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer	: 202101456
Zittingsdatum	: 1 december 2021

1. Partijen

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

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen 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. Op 9 juli 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 29 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 september 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 oktober 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 17 november 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021038203) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 november 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 6 december 2021 aan het Zorginstituut gestuurd, waarbij de commissie twee vragen heeft voorgelegd aan het Zorginstituut. Op 13 januari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de door de commissie gestelde vragen beantwoord. Een kopie van een en ander is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand, Tand ongeval en Zorg in het buitenland zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft last van ademhalingsproblemen. Daarom heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een septorhinoplastiek (inwendige en uitwendige correctie van de neus).
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 februari 2021 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde septorhinoplastiek is afgewezen.

- 3.4. De behandelend KNO-arts heeft in de aanvraag van 9 februari 2021 over verzoekster verklaard:

"04.02.2021

Anamnese: controle na os nasale fractuur oktober 2020. Heeft aanhoudende hevige neusobstructieklachten rechts met neusverstopping en piepende ademhaling. Houdt ook litteken dorsum, storend. Ook wat evenwichtsproblemen. Wat crustae, geen rhinorroe. Reuk is goed. Geen neusoperatie in verleden.

Intoxicaties: roken nee, drugs gee[n]

Allergieën: antibiotica (nitrofurantoïne)

Sociaal: verzorgende IG

Onderzoek:

Uitwendige neus: C-vormige deviatie benigna en kraakbenig naar rechts, kleine hump (callus), litteken dorsum fraai; iets hanging columella, tip verder geen bijzonderheden

Rhinoscopia anterior: septumdeviatie naar rechts, spina links

VAS 9 links; 4 rechts; na Cottle 7 rechts

Conclusie: neusobstructie o.b.v. in- en uitwendige standafwijking na trauma

Beleid: indicatie voor externe rhinoplastiek (vanaf oktober 2020) voor uitvoeren van osteotomiën"

- 3.5. De behandelend KNO-arts heeft op 11 mei 2021 per brief over verzoekster verklaard:

"I: er is wel sprake van neusademhalingsproblemen rechts. Deze klachten zijn als ernstig te beschouwen (NOSE-scale 20; VAS links 3)

II: deze problemen kunnen wel opgelost worden met een in- en uitwendig[e neuscorrectie].

III: patiënte is niet met medicatie behandeld, (medicatie geen behandeling is voor een scheefstand van de neus na een fractuur)

IV: een in- en uitwendige neuscorrectie is de beste ingreep omdat er een in- en uitwendige standafwijking van de neus is. De correctie kan de standafwijking, met daarbij de neusademhalingsklachten, verhelpen

V: deze behandeling voldoet wel aan de stand van wetenschap en praktijk (zie Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard, 2019, Versie 20.0). Er is sprake van een ademhalingsstoornis o.b.v. een in- en uitwendige standafwijking. Een septumcorrectie alleen zal de klachten niet kunnen verhelpen."

- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 5 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.7. Bij brief van 17 november 2021 heeft het Zorginstituut bij wege van voorlopig advies het volgende verklaard:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Op basis van de beschikbare informatie is niet aangetoond dat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.

Een behandeling van plastisch chirurgische aard, zoals een(septo)rhinoplastiek, kan alleen voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van aangetoonde lichamelijke functiestoornis of van verminking. Van een functiestoornis kan sprake zijn als duidelijk is dat er sprake is van chronische klachten. Ook moet zijn onderbouwd dat de klachten alleen kunnen worden verholpen met de aangevraagde behandeling. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er zelden een indicatie is om op basis van functionele klachten deze neuscorrectie/septorhinoplastiek te verrichten.

Een neuscorrectie/septorhinoplastiek kan in zeldzame gevallen nodig zijn, indien de klachten (mede) gebaseerd zijn op slecht functioneren van de in- en uitwendige neusklep, dan wel een forse scheefstand/anatomische afwijking met als gevolg een sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus.

Op basis van het dossier is niet duidelijk aangetoond dat de neuskleppen slecht functioneren en dat sprake is van een forse scheefstand van de neus. Verder is niet onderbouwd waarom de afwijking alleen gecorrigeerd kon worden met een septorhinoplastiek en is evenmin aangetoond hoe enige scheefstand van de neus de functionele klachten veroorzaakt. Tot slot kon op het moment van de aanvraag nog niet gesproken worden van chronische klachten. Verzoekster voldeed immers niet aan de termijn van één jaar waaraan voldaan dient te worden om te kunnen spreken van chronische obstructie.

Uit de in de dossier aanwezige foto's blijkt verder niet dat er sprake is van verminking.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van een verminking zoals bedoeld in de regelgeving. Daarom voldoet verzoekster niet aan de voor de zorg in geschil geldende specifieke indicatievoorwaarden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de voor de zorg in geschil geldende specifieke indicatievoorwaarden en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

- 3.8. Bij brief van 13 januari 2022 heeft het Zorginstituut bij wege van definitief advies het volgende verklaard:

"Definitief advies

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De stand van de wetenschap en praktijk

U hebt het Zorginstituut gevraagd om aandacht te besteden aan het volgende:

"Tijdens de hoorzitting heeft verweerder ter zitting gesteld dat de aangevraagde behandeling bij de indicatie van verzoekster niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk."

Met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk merkt het Zorginstituut het volgende op. De Werkgroep Plastische Chirurgie van de VAV, die de voorwaarden voor vergoeding van plastisch-chirurgische behandelingen in de VAV wijzer opstelt, is het afgelopen jaar (2021) bezig geweest met de herziening van het hoofdstuk over de neuscorrectie/rhinoplastiek. Het Zorginstituut was als toehoorder betrokken. Binnenkort zal een nieuwe versie gepubliceerd worden. Voor de herziening heeft de werkgroep de effectiviteit van de rhinoplastiek beoordeeld aan de hand van een systematisch literatuuronderzoek en overleg gehad met de Nederlandse Vereniging voor KNO. De werkgroep heeft geconcludeerd (op basis van hetzelfde systematisch literatuuronderzoek) dat verschillende technieken zoals correctie van aanzuigende neusvleugels en het plaatsen van spreaders en alar battens (kraakbeentransplantaties) niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aangezien adviserend geneeskundigen van de zorgverzekeraars in gezamenlijkheid en na zorgvuldig onderzoek tot een eensluidend oordeel zijn gekomen in de werkgroep, is geen separate beoordeling door het Zorginstituut nodig.

Een behandeling van plastische chirurgische aard, zoals een (septo)rhinoplastiek, kan alleen voor vergoeding in aanmerking komen als er sprake is van een aangetoonde lichamelijke functiestoornis of van verminking, zoals aangegeven in het voorlopig advies.

Op basis van bovenstaande alinea kan geconcludeerd worden dat een rhinoplastiek, zoals

correctie van aanzuigende neusvleugels en het plaatsen van spreaders en alar battens (kraakbeentransplantaties), niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk op het moment dat er sprake is van een verminderde doorgankelijkheid van de neus.

Verminking

U heeft het Zorginstituut daarnaast de volgende vraag gesteld:

"Daarnaast heeft verzoekster ter zitting tevens uitdrukkelijk - subsidiair - een beroep gedaan op verminking. Wilt u hierop in uw definitief advies ingaan?"

Uit het dossier aanwezige foto's blijkt verder niet dat sprake is van een verminking. Ook anderszins blijkt uit het dossier nergens dat sprake zou zijn van een ernstige deformiteit die kan worden gezien als verminking zoals bedoeld in de regelgeving."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog een machtiging moet verlenen voor de aangevraagde septorhinoplastiek.

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 A.18 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 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 verzoekster

6.2. Verzoekster is bij een handgemeen tussen derden tussenbeide gekomen. Hierbij heeft zij letsel opgelopen. Als gevolg hiervan heeft zij veel last van haar neus. Deze staat scheef, waardoor verzoekster ademhalingsproblemen ervaart. Volgens de behandelend KNO-arts voldoet verzoekster aan de door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarden om in aanmerking te komen voor zowel een inwendige als uitwendige neuscorrectie.

Ter zitting is door de vertegenwoordiger van verzoekster uitdrukkelijk - subsidiair - een beroep gedaan op verminking. Verzoekster heeft ter aanvulling aangevoerd dat zij door de ademhalingsproblemen slecht slaapt. Ook tijdens haar werk ervaart zij klachten. Verzoekster merkt op dat de ziektekostenverzekeraar niet eerder heeft gevraagd om een onderbouwing door de KNO-arts.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft een aanvraag ontvangen voor een septorhinoplastiek. Bij deze ingreep wordt de neus zowel inwendig als uitwendig gecorrigeerd. Een uitsluitend inwendige neuscorrectie valt niet onder behandelingen van plastisch chirurgische aard en is bovendien een machtigingsvrije behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft de uitwendige neuscorrectie afgewezen, omdat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden die hiervoor gelden. Er is geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dat wil zeggen een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus die langer dan één jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad. De klachten van verzoekster

bestaan namelijk op het moment van aanvraag nog geen jaar. Evenmin is sprake van verminking zoals bedoeld in de regelgeving of een aangeboren misvorming van het benig aangezicht. Ook heeft de behandelend arts niet onderbouwd waarom de afwijking alleen kan worden gecorrigeerd met een septorhinoplastiek.

Daarnaast voldoet een septorhinoplastiek bij een kleine scheefstand van de neus niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In de medische literatuur is namelijk geen bewijs te vinden dat een septorhinoplastiek de functie van de neus verbetert als sprake is van een milde deviatie zoals bij verzoekster het geval is.

De ziektekostenverzekeraar heeft het tijdens de zitting subsidiaire beroep van verzoekster op verminking weersproken. Volgens de ziektekostenverzekeraar betreft het hier geen zeer ernstige misvorming. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting herhaald dat de operatie bij deze indicatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de behandelend arts had moeten onderbouwen waarom deze ingreep noodzakelijk is bij deze patiënt. De ziektekostenverzekeraar hoefde dit argument niet verder te onderbouwen, aangezien dit volgt uit de werkwijzer.

Overwegingen commissie

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een septorhinoplastiek bij een kleine scheefstand van de neus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Met zorg die voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld de zorg die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.

Het Zorginstituut heeft in het definitieve advies van 13 januari 2022 gesteld dat een rhinoplastiek, zoals correctie van aanzuigende neusvleugels en het plaatsen van spreaders en alar battens (kraakbeentransplantaties), niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk op het moment dat er sprake is van een verminderde doorgankelijkheid van de neus. Hierbij merkt het Zorginstituut op dat een behandeling van plastische chirurgische aard, zoals een (septo)rhinoplastiek, alleen voor vergoeding in aanmerking kan komen als er sprake is van een aangetoonde lichamelijke functiestoornis of van verminking, zoals aangegeven in het voorlopig advies. De commissie concludeert dat uit het definitieve advies van het Zorginstituut niet eenduidig blijkt dat de door verzoekster aangevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aangezien de ziektekostenverzekeraar ook andere afwijzingsgronden heeft gebruikt, gaat de commissie over tot toetsing van deze afwijzingsgronden.

- 6.5. De commissie begrijpt uit het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat uitsluitend een inwendige neuscorrectie machtigingsvrij is en derhalve niet van tevoren hoeft te worden aangevraagd. Voor de uitwendige neuscorrectie – al dan niet in combinatie met een inwendige neuscorrectie – geldt dat dit een behandeling van plastisch-chirurgische aard is die wél voorafgaande goedkeuring behoeft. In dit verband is in artikel B25 van de verzekeringsvoorwaarden, welke bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv, bepaald dat aanspraak bestaat op plastische chirurgie als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Ook bestaat aanspraak bij een misvorming van het benig aangezicht.
- 6.6. Voor de beoordeling van plastisch chirurgische behandelingen wordt door de commissie aangesloten bij de 'VAV Werkwijzer', die mede tot stand is gekomen door het Zorginstituut en tot doel heeft te komen tot een uniforme uitvoering van de verzekeringsvoorwaarden op dit punt.

Hierin is bepaald dat slechts in zeer uitzonderlijke gevallen aanspraak bestaat op een uitwendige neuscorrectie:

"Een neuscorrectie/septorhinoplastiek komt derhalve in uitzonderlijk situaties voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van;

- Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dat wil zeggen een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan 1 jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad.

en

- De ernst van de klachten is gestandaardiseerd door middel van de Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale 2 (zie bijlage 5). Hierbij worden de klachten van patiënt gescoord op een schaal van 1 tot 4 op de volgende 5 symptomen:

- 1. Verstopte neus of vol gevoel*
- 2. Neusblokkade of obstructie*
- 3. Moeite met ademen door de neus*
- 4. Problemen met slapen*
- 5. Niet voldoende lucht krijgen bij sport of inspanning.*

- een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van deze klachten aanwijsbaar zijn. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om: crooked nose, zadelneus, interne of externe klep insufficiëntie, ernstige septum afwijking (soms in combinatie met een uitwendige scheefstand zonder dat deze direct verminkend is te noemen), septumperforatie of congenitale neusfistel.

en

- de afwijking alleen gecorrigeerd kan worden met een operatieve neuscorrectie/septorhinoplastiek en niet alleen met een septumcorrectie en/of conchareductie.

of

- Een aangeboren misvorming van het benig aangezicht of van lip-, kaak- en/of gehemeltepleten. Ook hiervoor geldt dat de deformiteit van de neus bij deze aangeboren afwijkingen opvallend moet zijn. Alleen in dit geval zijn foto's voor de beoordeling van de aanspraak een vereiste."

- 6.7. De commissie stelt vast dat bij verzoekster een aangeboren misvorming van het benig aangezicht niet aan de orde is. Voorts voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden voor een uitwendige neuscorrectie, als omschreven in de VAV Werkwijzer. Bij verzoekster is namelijk niet gebleken van een inwendige obstructie die uitsluitend met een uitwendige neuscorrectie kan worden verholpen. Daarnaast zijn de door verzoekster genoemde klachten niet als chronisch aan te merken, omdat deze op het moment van de aanvraag nog niet minimaal één jaar bestonden. Ook kan in haar geval niet worden gesproken van verminking. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in het voorlopig advies van 17 november 2021. De commissie concludeert dat verzoekster geen aanspraak heeft op een uitwendige neuscorrectie ten laste van de zorgverzekering. Hetzelfde geldt voor de aangevraagde gecombineerde behandeling.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

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°. 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;

- 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 gehemeltespelen, 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.25 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel [B.30](#).

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.26 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([26.1](#)) en geriatrische revalidatie ([26.2](#)).

26.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a. stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b. een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen, heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
2. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. eerstelijns verblijf.