



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Ziektelkostenverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Verenigde Staten, capsulectomie en vervanging borstprothesen, hoogte vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 202001653
Zittingsdatum : 22 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 juli 2020 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. Op 12 augustus 2020 heeft verzoekster per e-mail haar verzoek nader gemotiveerd.
- 2.3. Op 15 augustus 2020 heeft verzoekster de commissie per e-mail verzocht om een spoedprocedure. Op 26 augustus 2020 heeft verzoekster dit verzoek per e-mail gemotiveerd.
- 2.4. De commissie heeft besloten de spoedprocedure zoals bedoeld in artikel 12 van haar reglement toe te passen. Daarnaast heeft zij besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 11, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid en dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan. Over het voorgaande zijn partijen op 1 september 2020 per brief geïnformeerd.
- 2.5. Op 3 september 2020 heeft verzoekster per e-mail haar verzoek nader gemotiveerd.
- 2.6. De commissie heeft een kopie van het dossier op 11 september 2020 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.7. Op 18 september 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief zijn standpunt kenbaar gemaakt. Op 21 september 2020 heeft de zorgverzekeraar per e-mail aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Op 21 september 2020 heeft verzoekster haar pleitnota aan de commissie gezonden. Kopieën van de betreffende stukken zijn op 21 september 2020 aan de respectieve wederpartijen gestuurd.
- 2.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 22 september 2020 gehoord.
- 2.9. De commissie heeft verzoekster op 2 oktober 2020 per brief meegedeeld dat zij per gelijke post nadere informatie heeft opgevraagd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft op 9 oktober 2020 per brief gereageerd. Een kopie van deze brief is op 12 oktober 2020 aan verzoekster gestuurd, waarbij haar de mogelijkheid is geboden te reageren. Van deze mogelijkheid heeft zij op 20 oktober 2020 per brief gebruikgemaakt. Een kopie van deze brief is op 23 oktober 2020 aan de zorgverzekeraar gezonden, waarbij hem de mogelijkheid is geboden te reageren. Van deze mogelijkheid heeft hij op 29 oktober 2020 per brief gebruik gemaakt. Op 5 november 2020 zijn partijen per brief geïnformeerd over het vervolg van de procedure, waarbij voor verzoekster ter kennisname een kopie van de reactie van de zorgverzekeraar van 29 oktober 2020 was gevoegd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster is in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering).

3.2. In 2011 is bij verzoekster een mammacarcinoom geconstateerd. Ter behandeling hiervan is borstweefsel verwijderd, waarna twee borstprothesen zijn ingebracht. Bij het plaatsen van de borstprothesen is gebruik gemaakt van een bepaalde methode, te weten de AlloDerm Sling. Een en ander vond plaats bij een zorgaanbieder in New Orleans, de Verenigde Staten, waar verzoekster destijds woonde.
In 2014 is in Nederland, waar verzoekster thans woont, een recidief mammacarcinoom vastgesteld. Verzoekster is hiervoor behandeld met chemotherapie, operatieve verwijdering van het mammacarcinoom en bestraling. Behandeling met hormoontherapie vindt nog steeds plaats. De borstprothesen zijn tijdens de behandeling blijven zitten. Vervolgens zijn klachten van kapselvorming en asymmetrie ontstaan. In verband hiermee heeft verzoekster het Alrijne ziekenhuis en het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis geconsulteerd.

3.3. De plastisch chirurg van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis heeft op 1 november 2019, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

"(...)

Anamnese:

Patiënte heeft een directe reconstructie met mammaprothesen en alloderm sling gehad in New Orleans. Bij een recidief mammacarcinoom bij de linker oksel is de linker borst bestraald. De linker mamma staat nu hoger dan rechts.

Lichamelijk onderzoek:

De IMF links staat ongeveer 2cm hoger dan rechts, en oogt smaller dan rechts met een dunne huid.

Besproken beleid:

We hebben patiënte uitgelegd dat we hier geen capsulotomie met pericapsulaire lipofilling adviseren. Daarnaast werken we niet (...) met een alloderm sling.

(...)"

3.4. De plastisch chirurg van Alrijne zorggroep heeft op 21 november 2019, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

"Op 31 jarige leeftijd heeft zij mammacarcinoom links gehad waarvoor ablatio zonder bestraling en chemo aanvankelijk maar wel tepelsparend in New Orleans met reconstructie door middel van prothesen. Destijds werd ook een preventief ablatio rechts gedaan waarna prothese plaatsing met een Alloderm sling.

(...)

Patiënte weet niet het merk van prothese en of deze met water dan wel siliconen gevuld is. 1 jaar geleden heeft zij in het Antoni van Leeuwenhoek ook haar eierstokken laten verwijderen (heeft geen BRCA 1/2 gen).

Door de bestraling is de linker borst vervormd en zit hoger, was aanvankelijk behoorlijk symmetrisch.

(...)

De borsten zijn ongelijk: linker borst heeft lateraal een hele dunne bedekking en zit 2 cm hoger dan rechts, ogenschijnlijk geen bestralingsschade aan huid. Tevens heeft zij ook een hele duidelijke pectus excavatum met name aan de linker kant! Dit maakt het nog lastiger.

Conclusie:

Patiënte heeft een zeer lastig te verhelpen probleem waarvoor ze beter terug zou kunnen gaan naar haar oorspronkelijke chirurg in New Orleans aangezien ik geen ervaring heb met het materiaal Alloderm. De risico's zijn aanzienlijk als de operatie door mij uitgevoerd zou worden. (...)"

3.5. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan voor een 'capsulectomy + bilateral implant exchange', uit te voeren door de zorgaanbieder die de borstprotheses destijds heeft geplaatst. Bij deze aanvraag waren verschillende stukken gevoegd, zoals de verklaringen van de plastisch chirurgen en een gespecificeerd kostenoverzicht van de zorgaanbieder in New Orleans. De kosten voor de behandeling kwamen destijds uit op \$ 32,076,--.

De zorgverzekeraar heeft op 12 maart 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij voor de ingreep maximaal € 12.784,06 vergoedt. De vergoeding is gebaseerd op twee keer het tarief voor zorgproductcode 990004076, met omschrijving: 'vervangen van borstprothese of opnieuw plaatsen van borstprothese door een plastisch chirurg'.

3.6. Verzoekster heeft om heroverweging ten aanzien van de hoogte van de vergoeding gevraagd. Op 11 juni 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld geen hogere vergoeding toe te kennen.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft - na wijziging van haar verzoek - aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar:

- (i) is gehouden de daadwerkelijke kostprijs van een capsulectomie met vervanging van de borstprotheses beiderzijds met behulp van de AlloDerm sling-methode, uit te voeren te New Orleans (Verenigde Staten), te vergoeden;
- (ii) is gehouden de bijkomende kosten te vergoeden, die moeten worden gemaakt om in New Orleans te kunnen worden behandeld.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van onderdeel (i) van het verzoek kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

5.2. Verzoekster heeft ter zitting haar eis vermeerderd en tevens verzocht om vergoeding van de bijkomende kosten, die moeten worden gemaakt om in New Orleans te kunnen worden behandeld. Niet gebleken is dat zij de zorgverzekeraar voorafgaand aan deze procedure heeft verzocht om vergoeding van deze (bijkomende) kosten, laat staan dat zij hem de mogelijkheid heeft gegeven zijn beslissing hierop te heroverwegen. Aldus is niet voldaan aan artikel 3, vierde lid, van het reglement van de commissie. Om die reden is de commissie niet bevoegd onderdeel (ii) van het verzoek te beoordelen en laat zij dit verder rusten.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en over de hoogte van vergoeding van zorgkosten 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 voert aan dat zij, nadat bij haar kapselvorming was opgetreden, met haar klachten bij twee plastisch chirurgen in twee verschillende ziekenhuizen is geweest. De geconsulteerde plastisch chirurgen hebben verzoekster erop gewezen dat de behandeling met de AlloDerm Sling-methode, die destijds in New Orleans is uitgevoerd, in Nederland niet wordt toegepast. Het ontbreken van ervaring en kennis met deze methode, zoals in Nederland het geval is, brengt grote risico's met zich. Om die reden hebben beide plastisch chirurgen verzoekster onafhankelijk van elkaar geadviseerd zich opnieuw te laten behandelen in New Orleans. Gelet op de bestaande risico's ziet verzoekster hiervoor geen alternatief. Door de zorgaanbieder in New Orleans is een begroting opgesteld voor het verwijderen van kapselvorming (capsulectomie) en het vervangen van de implantaten. De kosten bedragen omgerekend € 26.659,--. De zorgverzekeraar heeft verklaard hiervan slechts € 12.784,06 te vergoeden. Bij het bepalen van deze vergoeding is echter alleen ingegaan op het vervangen van de borstprothesen en niet, terwijl dit het belangrijkste onderdeel van de behandeling betreft, de capsulectomie. De zorgverzekeraar is op grond van de op hem rustende zorgplicht gehouden over te gaan tot volledige vergoeding van de kosten van de behandeling in New Orleans. Verzoekster wijst er in dit verband op dat haar situatie en het daarmee samenhangende verzoek uniek is, zodat niet hoeft te worden gevreesd voor precedentwerking. Zij is niet in staat de kosten van de behandeling zelf te dragen.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar stelt geen machtiging te hebben verleend voor deze specifieke, door verzoekster gewenste prothesevervanging. De machtiging ziet op '*vervangen van borstprothese of opnieuw plaatsen van borstprothese door een plastisch chirurg*'. De zorgverzekering geeft aanspraak op doelmatige, passende zorg. Zo moet voor de zorg een indicatie aanwezig zijn en mag de zorg niet onnodig duur of uitgebreid zijn. Borstprothesevervanging kan op verschillende manieren plaatsvinden. De ene methode is doelmatiger dan de andere. Verzoekster komt in aanmerking voor vergoeding van een zo doelmatig mogelijk uitgevoerde capsulectomie en borstprothesevervanging. De door verzoekster gewenste vorm van borstprothesevervanging met de AlloDerm Sling-methode is, vanwege de hieraan verbonden risico's, in Nederland niet gangbaar en wordt hier te lande niet uitgevoerd. Dit laatste betekent echter niet dat verzoekster in Nederland geen capsulectomie met borstprothesevervanging kán ondergaan, waarbij het resultaat dat met de afgifte van de machtiging is beoogd - te weten het opheffen van de asymmetrie van de borsten - kan worden gerealiseerd. Ook in de specifieke situatie van verzoekster zijn in Nederland reguliere en even doelmatige behandelingen beschikbaar. De zorgverzekeraar is niet ervan overtuigd geraakt dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een borstprothesevervanging met behulp van de AlloDerm Sling-methode. Uit de verklaringen van beide plastisch chirurgen blijkt niet dat een borstprothesevervanging in Nederland niet veilig bij verzoekster kan plaatsvinden of dat het met de afgifte van de machtiging beoogde resultaat niet kan worden bereikt. Uit deze verklaringen blijkt enkel dat de betrokken artsen geen ervaring hebben met borstprothesevervanging met behulp van de AlloDerm Sling-methode. Bovendien volgt hieruit dat het verzoekster zelf is die de voorkeur geeft aan een prothesevervanging met deze methode. Er bestaat daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding. De zorgverzekeraar is graag bereid verzoekster te helpen zoeken naar een Nederlandse zorgverlener die op kwalitatief goede wijze een capsulectomie en een (alternatieve methode van) borstprothesevervanging bij haar kan uitvoeren, zodat het resultaat kan worden bereikt dat is beoogd. Dit kan echter alleen met uitdrukkelijke toestemming van verzoekster. Zij is ook na de zitting echter niet op zijn voorstel tot zorgbemiddeling ingegaan.

Overwegingen commissie

- 6.4. Het betreft hier een behandeling in de Verenigde Staten. Tussen de Verenigde Staten en Nederland is geen verdrag gesloten inzake de sociale ziektekostenverzekering. Dit betekent dat de beoordeling van de aanspraak dient te geschieden aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Door verzoekster is een aanvraag gedaan voor een capsulectomie en vervanging van de borstprotheses beiderzijds. Op het aanvraagformulier staat duidelijk vermeld dat de behandeling zal worden uitgevoerd in New Orleans. Na ontvangst van een dergelijke aanvraag is het aan de zorgverzekeraar te beoordelen (i) of het aangevraagde verzekerde zorg betreft, (ii) er een verzekeringsindicatie aanwezig is, en (iii) de zorg doelmatig is. In de onderhavige situatie heeft de zorgverzekeraar op 12 maart 2020 per brief een machtiging afgegeven.
- 6.5. De zorgverzekeraar heeft in de procedure aangevoerd dat geen machtiging is afgegeven voor een behandeling met de AlloDerm Sling-methode. Deze is volgens de zorgverzekeraar niet doelmatig, en ook in de specifieke situatie van verzoekster bestaan hiervoor alternatieven die wel aan deze eis voldoen.
- De commissie merkt hierover op dat voor de zorgverzekeraar uit de met de aanvraag meegestuurde stukken viel af te leiden dat werd verzocht om afgifte van een machtiging voor een behandeling met juist deze methode, hetgeen tevens de reden was te kiezen voor New Orleans. Als bij de zorgverzekeraar twijfels bestonden over de aard van de ingreep had het op zijn weg gelegen bij verzoekster nadere informatie op te vragen. Door dit na te laten en een machtiging af te geven, vormt de aanspraak van verzoekster op de door haar aangevraagde behandeling thans een gegeven. Dit betekent dat als vaststaand wordt aangenomen dat sprake is van verzekerde zorg, dat verzoekster hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft, en dat de behandeling doelmatig is. Dit betekent ook dat de commissie geen aanleiding ziet het verzoek van de zorgverzekeraar om alsnog advies te vragen aan het Zorginstituut te honoreren. De adviesbevoegdheid van het Zorginstituut is immers beperkt tot de vraag of sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering en of de betrokken verzekerde op die zorg redelijkerwijs is aangewezen. Deze punten vormen, gelet op de afgegeven machtiging, tussen partijen echter geen punt van geschil meer.
- Hetgeen hen dan nog verdeeld houdt, is uitsluitend de hoogte van de vergoeding.
- 6.6. In de op 12 maart 2020 door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging wordt vermeld dat de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel A.20 bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten op basis van het 'marktconform tarief'. Voor het bepalen van de hoogte van dit tarief is door de zorgverzekeraar DOT-code 990004076 met als omschrijving 'Vervangen van borstprothese of opnieuw plaatsen van dezelfde borstprothese voor borstvergroting door een plastisch chirurg' gebruikt.
- Verzoekster heeft betoogd dat deze code niet juist is omdat tijdens de ingreep ook kapselvorming zal worden verwijderd (capsulectomie). De noodzaak voor deze ingreep is weliswaar door verzoekster gesteld, maar niet nader onderbouwd. Bij kapselvorming in lichte mate kan ook een capsulotomie worden uitgevoerd. In dit geval is een machtiging afgegeven voor vervanging van de borstprothesen vanwege een bestaande asymmetrie, en niet vanwege kapselvorming. Vervanging impliceert overigens dat de bestaande prothesen worden verwijderd, waarbij zo nodig gelijktijdig een capsulotomie (geen verzekerde zorg) of een capsulectomie (onder voorwaarden verzekerde zorg) plaatsvindt. De door de zorgverzekeraar gebruikte DOT-code is daarmee passend.
- 6.7. Als gezegd is in artikel A.20.1., onder 3, van de zorgverzekering opgenomen dat aanspraak bestaat op basis van het 'marktconform tarief'. Dit strookt met artikel 2.2., tweede lid, onder b, Bzv. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in de toelichting op artikel 28 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) bepaald dat de term 'marktconform tarief' niet meer mag worden gebruikt als synoniem voor het 'gemiddeld gecontracteerde tarief' of andere varianten hiervan die vaak door verzekeraars worden gehanteerd

als uitgangspunt om bij natura- en combinatiepolissen de vergoedingsbeperking te berekenen voor niet-gecontracteerde zorg. Hiermee staat vast wat het 'marktconform tarief' niet is, maar blijft de vraag onbeantwoord wanneer kan worden gesproken van een excessief tarief als bedoeld in de toelichting op de onderliggende wet- en regelgeving.

De commissie merkt in dit verband op dat het aan de betrokken verzekeraar is te stellen en te onderbouwen dat sprake is van een tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend is te achten. In het onderhavige geval heeft de zorgverzekeraar dit gedaan.

6.8. Omdat door de wetgever niet is bepaald hoe exact invulling moet worden gegeven aan artikel 2.2., tweede lid, onder b, Bzv, heeft de commissie eerder een methode voor de bepaling van het 'marktconform tarief' voor medisch specialistische zorg vastgesteld. Deze is uiteengezet in de tussenuitspraak van 4 december 2019 (GcZ, 4 december 2019, 201901150). Samengevat komt het erop neer dat de commissie uitgaat van het hoogste in de berekening van Open DIS-data betrokken tarief, waarbij dan nog een zekere marge moet worden ingebouwd om te komen tot een tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid - nog - passend is te achten. Deze marge is voor 2019 door de commissie bepaald op 5,4%.

6.9. Anders dan in de hiervoor genoemde tussenuitspraak van 4 december 2019 heeft de commissie zelf bij de NZa het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde tarief ten behoeve van Open DIS-data betrokken tarief voor de in geding zijnde behandeling opgevraagd. De NZa heeft de commissie bericht dat "het tarief EUR 5256,15 (2020) en EUR 5164,18 (2019)" bedraagt. Omdat de aanvraag dateert van 2020 gaat de commissie uit van het tarief dat geldt voor 2020, zijnde € 5.256,15. Vermeerderd met de door de commissie hierover berekende opslag groot € 283,83 (5,4% van € 5.256,15) komt het in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid - nog - passend te achten tarief op € 5.539,98 (€ 5.256,15 + € 283,83). Dit is aanmerkelijk minder dan het begrote bedrag van € 26.659,--, welk bedrag dan ook als excessief kan worden aangemerkt. Aangezien de door de zorgverzekeraar toegezegde vergoeding van € 12.784,06 het voor deze behandeling 'marktconforme tarief' van € 5.539,98 overstijgt, is hij niet gehouden verzoekster een (nog) hoger bedrag te vergoeden.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

rekening staan:

- het nummer waaronder de zorgverlener in het BIG-register is opgenomen en
- de AGB-code.
- voldoen aan de door de NZa gestelde specifieke eisen. Deze eisen gelden boven die van de belastingdienst;
- bij medisch specialistische zorg kosten bevatten met vermelding van de juiste DBC-zorgproductcode.

Bij vergoeding gaan wij uit van de datum van de behandeling of levering, niet van de besteldatum of de datum van de rekening.

Let op!

- Wij geven geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen.
- Door u ingestuurde rekeningen, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen.
- Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn verkregen moeten leesbaar (indien handgeschreven) en volledig zijn. Staat de naam van het geneesmiddel, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten mee op.

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

Bij het aangaan van uw verzekering hebt u ons toestemming gegeven om met zorgverleners een contract te sluiten. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden. Betaling van de rekening aan de zorgverlener/zorginstelling kan ook plaatsvinden door compensatie met voorschotten die wij al aan de zorgverlener/zorginstelling hebben verstrekt.

A.19.4. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Als wij aan de zorgverlener meer betalen dan wij volgens uw verzekering(en) zouden moeten ver-

goeden, dan gaan wij ervan uit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgverlener hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op zorg of op minder zorg of voor een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een (wettelijke) eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een (wettelijke) maximumvergoeding geldt.

A.19.5. Controle van originele rekening

Als u rekeningen via internet hebt ingestuurd, moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

A.19.6. Volgorde van vergoeding

Rekeningen worden afgehandeld op volgorde van ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van rekeningen hanteren wij een bepaalde volgorde:

- eerst een voorliggende volksverzekering of sociale verzekering zoals de Wlz (of voorheen AWBZ), Jeugdwet of Wmo;
- vervolgens de zorgverzekering;
- dan een collectieve aanvullende verzekering die alleen kan worden gesloten voor de werknemers van het bedrijf dat of de instelling die de collectieve overeenkomst met ons heeft gesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor meerdere, verschillende soorten zorg;
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soort(en) zorg.
Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

A.20. Tarieven

A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig vergoeden. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het (gemiddelde) tarief dat wij in de contrac-

ten met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken voor de betreffende zorg/behandeling.

Hoe hoog het tarief voor de verschillende zorgvormen is, vindt u op onze website.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan kan zich een van de volgende situaties voordoen:

- a. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (als de zorg die u krijgt) dezelfde, gelijke tarieven afgesproken. Dan is dat tarief het afgesproken tarief.
- b. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (dezelfde als de zorg die u krijgt) verschillende tarieven afgesproken. Dan is het gemiddelde van deze tarieven het afgesproken tarief.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd.

3. Marktconforme tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is, als bedoeld in artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Toelichting:

De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. In principe vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voor zover die uitkomen boven dit marktconforme tarief.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat.

De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

Met een Zorgverzekering Restitutie hebt u recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Zie artikel A.20.2.2.

A.20.2.1. Vervallen

A.20.2.2. Als u een (aanvullende) zorgverzekering of ziektekostenverzekering hebt met zorg op basis van restitutie.

Dit geldt voor de Zorgverzekering Restitutie, de ziektekostenverzekering en/of de vergoedingen op restitutiebasis uit uw aanvullende verzekering.

Wij vergoeden maximaal:

- het vast wettelijk tarief of
- als op uw Vergoedingen Overzicht een bedrag, aantal, uren en/of termijnen staat: het maximale bedrag, aantal, uren en/of termijnen of
- als we dat niet vermelden: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief.

Tip!

Als u naar een voor die zorg gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden we volgens het afgesproken tarief. We hebben bijna altijd lagere tarieven afgesproken met gecontracteerde zorgverleners dan de tarieven die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. Dit betekent dat het eigen risico dat u voor die zorg moet betalen, dan ook lager is. U heeft dan dus voordeel van de lagere tarieven die wij contracteren.

Voorbeelden voor verschillende verzekeringen:

- Wanneer ontvangt u met een Zorgverzekering Natura een vergoeding van een lager tarief dan het vaste of afgesproken tarief?

Voorbeeld 1

U gaat naar een fysiotherapeut. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze website en u hebt gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt, niet gecontracteerd is. U ziet op onze website dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel gecontracteerd zijn, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze. Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een afgesproken tarief, want wij hebben met andere fysiotherapeuten afspraken over tarieven. U krijgt 75% vergoed van het afgesproken tarief.

Voorbeeld 2

Uw fysiotherapeut rekent € 28,50 voor een behandeling. Wij hebben hem niet gecontracteerd en volgens uw zorgverzekering vergoeden wij dan 75% van het afgesproken tarief. Wij hebben met fysiotherapeuten een tarief van € 28,50 afgesproken. U krijgt vergoed: 75% van € 28,50 = € 21,38.

- Wanneer ontvangt u met een Zorgverzekering Natura een vergoeding van 100% van het afgesproken tarief?

Voorbeeld 3

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. In Nederland komt u op een onacceptabel lange wachtlijst te staan. Er is voor u niet binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons voor het buitenland. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar de zorgverlener die u behandelt is niet voor deze zorg gecontracteerd. Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland. Het afgesproken tarief is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naartoe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het afgesproken tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

- Wanneer ontvangt u met een aanvullende verzekering een vergoeding van het gedeclareerde tarief tot een maximum bedrag?

Voorbeeld 4

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden. Wij hebben met alternatieve zorgverleners geen contracten afgesloten. Alternatieve zorgverleners mogen zelf bepalen wat een behandeling kost. Er is dus voor alternatieve zorg ook geen vast, wettelijk tarief en bovendien is het marktconforme tarief niet of nauwelijks vast te stellen. U krijgt daarom maximaal het gedeclareerde tarief vergoed. Hebt u een aanvullende verzekering waarin bijvoorbeeld maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed, dan krijgt u € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet hebt opgebruikt).

A.20.2.3. Vervallen

A.20.3. PGB (Persoons Gebonden Budget)

De bepalingen in artikel A.20.2. over tarieven zijn niet van toepassing op wijkverpleging (artikel B.26.) als die zorg betaald wordt met een Persoons Gebonden Budget (PGB) volgens het Reglement PGB Verpleging & Verzorging.

A.20.4. Omzetbelasting

Als een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, over het bedrag van de verleende zorg omzetbelasting berekent en bij u in rekening brengt, valt deze omzetbelasting ook onder de vergoeding.

A.21. Algemene uitsluitingen

A.21.1. Algemeen

Op de volgende (kosten van) behandelingen hebt u geen recht:

1. Kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt;
2. Kosten die te maken hebben met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
3. Behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie, behandeling van taalontwikkelingsstoornis in verband met anderstaligheid en/of dialect, taalonderzoek, spellingsonderzoek, intelligentieonderzoek of behandelingen met een onderwijskundig doel;
4. Kosten voor het omwisselen en betalen in een vreemde muntsoort;
5. (Bank)kosten in verband met betaling naar of vanuit het buitenland;
6. Kosten voor te late betaling van rekeningen die door de zorgverlener rechtstreeks naar u zijn gestuurd;
7. Kosten die in rekening worden gebracht door middel van een voorschotrekening;
8. Kosten die op grond van de Jeugdwet, Wlz en/of Wmo onder hun aanspraken, dekking en/of financiering vallen. Voorts de bedragen die voor uw rekening blijven volgens de Wlz en/of de Wmo, tenzij uitdrukkelijk in deze voorwaarden en vergoedingen overzichten deze wettelijke eigen bijdragen geheel of deels worden vergoed;
9. Attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en beroepskeuringen of keuringen voor uw studie, rijbewijs of vliegbrevet). Wij nemen deze kosten wel voor onze rekening als dit bij of krachtens de zorgverzekeringswet zo is bepaald;
10. Bijkomende kosten zoals administratie-, facturerings- en verzendkosten;
11. Meer dan één behandeling van dezelfde soort op één dag, tenzij uitdrukkelijk in deze verzekeringsvoorwaarden of op uw vergoedingen overzicht anders staat aangegeven. Met "soort behandeling" bedoelen wij de zorg die beschreven is per artikel; 1 artikel is 1 zorgsoort.
12. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
13. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen

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.
- Vergoeding van zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Vergoeding van 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 verwezen 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 gehemeltepleet) 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 verslapte bovenoogliden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige ge-

zichtsveldebepanking 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 gehemeldespleten;
 - 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 vergoeding 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 machtigen 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.

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 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

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: (...)

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 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.