

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ groep U.A. beide te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, wenkbrauwlift
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4. Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer : 202201807
Zittingsdatum : 5 juli 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 8 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 februari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 22 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 maart 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023012657) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 april 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 6 juli 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 april 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 juli 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Uitgebreide Tandarts Collectief (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen van plastisch chirurgische aard en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft namens verzoeker een aanvraag ingediend voor een locale correctie ptosis wenkbrauwen (hierna: 'wenkbrauwlift').
- 3.3. Bij brief van 26 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor een wenkbrauwlift is afgewezen.

- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 20 oktober 2022 is een wenkbrauwlift bij verzoeker uitgevoerd. Bij brief van 25 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 6 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 10 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de uitgevoerde wenkbrauwlift te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In dat verband heeft verzoeker aangevoerd dat de wenkbrauwlift geen cosmetisch doel diende. De overhangende oogleden van verzoeker veroorzaakten klachten. Hij kreeg hiervan toenemend last tijdens werkzaamheden op de computer en het auto rijden in het donker. Ook ervoer hij 's avonds vaker een drukkend gevoel in het hoofd en hoofdpijn. De klachten van verzoeker konden alleen worden weggenomen met een wenkbrauwlift.
- 4.3. Verder heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar niet op een correcte wijze tot een afwijzing van de aanvraag is gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contact gezocht met de behandelend arts(en) om een nadere toelichting op de aanvraag te krijgen. Ook is verzoeker niet door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar gezien op het spreekuur. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag ten onrechte beoordeeld aan de hand van één enkele foto, die vroeg in de ochtend is genomen. Vóór de ingreep zakten de oogleden van verzoeker in de loop van de dag en gedurende de avond steeds verder, waardoor klachten ontstonden. Als de ziektekostenverzekeraar de aanvraag had beoordeeld aan de hand van foto's die in de avond waren genomen, kwamen de kosten van de wenkbrauwcorrectie mogelijk wel voor vergoeding in aanmerking.
Op de later aangeleverde foto's is zichtbaar dat de oogleden van verzoeker vóór de ingreep wel voldoende overhingen.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog toegelicht dat hij klachten had in de vorm van hoofdpijn, druk op het hoofd en zware vermoeidheid en dat wenkbrauwcorrectie enorm heeft geholpen. De ziekenhuizen waren in oktober 2022 vanwege corona erg vol. Toen een plek in het ziekenhuis beschikbaar kwam, heeft verzoeker ervoor gekozen de wenkbrauwcorrectie te ondergaan.
Volgens de behandelend plastisch chirurg was sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, omdat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van het pupil hing. De foto bij de aanvraag is om 10 uur in de ochtend genomen en als deze later op de dag zou zijn genomen, was het een heel ander verhaal geweest. Dit komt omdat de oogleden van verzoeker gedurende de dag steeds verder overhingen. Verzoeker heeft daarom ook foto's aan de ziektekostenverzekeraar toegestuurd die in de avond zijn genomen, maar deze zijn door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Er kunnen geen nieuwe foto's gemaakt worden, omdat de wenkbrauwcorrectie inmiddels is uitgevoerd. De aanvraag kan daarom alleen beoordeeld worden op basis van de waarnemingen en verklaringen van de drie verschillende artsen die bekend waren met de situatie. Zij vinden dat de situatie ernstig was en dat verzoeker voldeed aan de voorwaarden voor vergoeding. De ziektekostenverzekeraar had contact moeten opnemen met de behandelend plastisch chirurg of een van de andere artsen. Verzoeker heeft verklaard dat hij begin oktober 2022 bezwaar heeft gemaakt tegen de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar hanteert normaal gesproken een verwerkingsperiode van tien dagen, maar heeft zich daaraan niet gehouden. De wenkbrauwcorrectie stond gepland op 20 oktober 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft hem

voor 20 oktober 2022 - de datum waarop de wenkbrauwcorrectie is ondergaan - geïnformeerd dat de beslissing na de verwerkingsperiode van tien dagen zou komen.

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij hem uitgevoerde wenkbrauwlift. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden moet sprake zijn van vermindering of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van de kosten van een plastisch chirurgische ingreep, zoals een wenkbrauwlift. Voor de nadere invulling van deze voorwaarden wordt gebruik gemaakt van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV-Werkwijzer). Volgens de VAV-Werkwijzer is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis waarbij een wenkbrauwlift kan worden vergoed als de wenkbrauw zich onder het niveau van de orbitarand bevindt en de verticale ooglidspleet 7 mm of minder groot is. Dit komt er feitelijk op neer dat het overhangende ooglid 1 mm (of lager) boven het centrum van de pupil hangt. Het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Pas bij een dermate kleine ooglidspleet wordt een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van een ernstige gezichtsveldbeperking objectief aannemelijk geacht.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft zijns inziens voldoende toegelicht waarom de situatie van verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van de kosten van een wenkbrauwlift. Zijn medisch adviseur heeft op basis van een foto bij de aanvraag geoordeeld dat bij verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, omdat de oogleden van verzoeker in frontaal aanzicht niet over het centrum van de pupil hangen. Aan de zijkanten van de ogen bestaat weliswaar forse overhang van de oogleden, mede door de laagstand van de wenkbrauwen, maar dit speelt geen rol bij de pupilbedekking.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat voor de aanvraag van een wenkbrauwcorrectie geldt dat sprake moet zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Bij een wenkbrauwcorrectie is hiervan sprake als de wenkbrauw zich onder het niveau van de orbitarand bevindt en de verticale lidspleet 7 mm of minder groot is. Dit komt erop neer dat het ooglid 1 mm of lager boven het centrum van het pupil hangt. Als dit het geval is, wordt gesproken van een ernstige gezichtsveldbeperking en kan de wenkbrauwcorrectie worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Dit wordt beoordeeld op basis van een visuele waarneming, bijvoorbeeld aan de hand van foto's, en niet aan de hand van verklaringen van artsen. Bij de aanvraag is een foto aangeleverd aan de hand waarvan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat verzoeker niet voldeed aan de geldende voorwaarden. De foto bij de aanvraag was voldoende duidelijk en daarom was het niet nodig om contact op te nemen met de behandelend plastisch chirurg. Door het uitvoeren van de wenkbrauwcorrectie kunnen geen nieuwe foto's gemaakt worden. Ook een bezoek aan het spreekuur heeft daardoor geen nut meer.
- De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat als een arts vanuit gezondheidsperspectief een behandeling adviseert, dit niet automatisch betekent dat dit ook wordt vergoed vanuit de basisverzekering.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het niet mogelijk was om eerder te reageren op het verzoek om heroverweging. Echter, verzoeker beschikte voorafgaand aan de heroverweging al over een eerste afwijzing waarbij het standpunt was ingenomen dat de aangevraagde behandeling niet zou worden vergoed. De heroverweging heeft hierin geen verandering gebracht.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 6 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

Beoordeling

Verminking

Het dossier bevat een aantal foto's. Op geen van deze foto's is sprake van verminking van wenkbrauwen of oogleden.

Lichamelijke functiestoornis

In het dossier zijn twee frontaal genomen gezichtsfoto's van oktober 2022 beschikbaar. Een gezichtsveldbeperking is op deze foto's niet te constateren, aangezien verzoeker fronsst, en de foto's niet in een ontspannen gelaatstoestand genomen zijn. Verder bevat het dossier een goed frontaal genomen gezichtsfoto, behorend bij de aanvraag d.d. 20 juni 2022. Op basis van deze foto is sprake van dermatochalazie/ptosis, maar dit betreft vooral de zijkant van de ogen. Er is bij verzoeker geen sprake van een verticale lidspleet van minder dan 7 mm. Ook hangt het bovenooglid niet 1 mm boven het centrum van de pupil of lager. De foto's die verzoeker d.d. 8 februari 2023 aan het dossier heeft toegevoegd bieden geen nieuwe aanknopingspunten, de tweede aangeleverde foto is overigens onscherp en daarom niet te beoordelen. Op geen van de beschikbare foto's in het dossier lijken de wenkbrauwen zich onder het niveau van de orbitarand te bevinden. Het dossier bevat verder geen objectieve meting van een eventuele gezichtsveldbeperking.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoeker geen sprake is van verminking of lichamelijke functiestoornis. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een wenkbrauwcorrectie ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van een wenkbrauwcorrectie ten laste van de basisverzekering.'

- 6.2. In het definitieve advies van 10 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. 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.

- 8.2. De ten behoeve van verzoeker aangevraagde en inmiddels uitgevoerde wenkbrauwlift is een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor een wenkbrauwlift. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een verzekeringsindicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel B.4.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in de VAV-Werkwijzer. De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 8.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis die aanspraak geeft op een wenkbrauwlift moet het gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Hiervan is sprake indien de verslapping van het bovenooglid een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder veroorzaakt. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt.
- 8.4. Bij verzoeker bestond ten tijde van de aanvraag geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis als hiervoor bedoeld. Verzoeker heeft in dit verband toegelicht dat hij diverse klachten had als gevolg van de overhangende oogleden en dat de wenkbrauwlift deze klachten heeft verholpen. De commissie merkt hierover op dat de wetgever een beperkte invulling heeft willen geven aan het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis, en dat de gestelde klachten, waarvan de commissie de aanwezigheid niet in twijfel trekt, hier niet onder vallen. Van verminking is bij een wenkbrauwlift zelden sprake. Een voorbeeld van verminking is de situatie waarbij er een aanzienlijke asymmetrie kan optreden na operatieve verwijdering van een huidtumor van het ooglid. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker een zodanige situatie vóór de ingreep aan de orde was. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 6 april 2023.
- 8.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat zijn oogleden in de avond wel voldoende overhingen zodat aan de geldende voorwaarden zou zijn voldaan. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft hij een aantal foto's overgelegd die in de avond zijn genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft de foto's beoordeeld en verklaard dat deze niet bruikbaar zijn voor een beoordeling van de aanvraag. De commissie overweegt dat het aan verzoeker, die als verzekerde aanspraak maakt op vergoeding, is om bij de aanvraag duidelijke foto's over te leggen, nu het doel hiervan immers is te beoordelen of een verzekeringsindicatie bestaat. De in dat kader aangeleverde foto levert geen bewijs op van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de vorm van een ernstige gezichtsveldbeperking. De wenkbrauwlift is inmiddels uitgevoerd zodat het niet meer mogelijk is nieuwe (bruikbare) foto's te maken of de situatie van verzoeker op een andere wijze te beoordelen. Dit ligt in de risicosfeer van verzoeker.
- 8.6. Een en ander leidt tot de conclusie dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de uitgevoerde wenkbrauwlift.
- 8.7. Waar het gaat om de besluitvorming rond de aanvraag, heeft verzoeker betoogd dat de ziektekostenverzekeraar niet op een juiste wijze tot zijn afwijzing is gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn afwijzing gebaseerd op de foto bij de aanvraag, de behandelend arts(en) zijn niet om een nadere toelichting gevraagd en verzoeker is niet uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De commissie concludeert dat deze argumenten niet kunnen overtuigen. Zoals hiervoor is overwogen, was het aan verzoeker om, in samenspraak met de arts die namens hem de aanvraag heeft gedaan, te komen tot een deugdelijke onderbouwing hiervan, voorzien van duidelijke foto's. Op basis hiervan moest de verzekeraar in staat zijn te beoordelen of hij tot vergoeding is gehouden. Van de ziektekostenverzekeraar kan, in redelijkheid en uitgezonderd bijzondere

omstandigheden, die in deze zijn gesteld noch gebleken, niet worden verwacht dat deze bij elke voorgenomen afwijzing contact zoekt met de behandelend arts(en) of betrokkene uitnodigt voor het spreekuur van diens medisch adviseur. Dit zal enkel het geval zijn, indien de aanvraag deugdelijk is onderbouwd en deze aanleiding geeft tot gerede twijfel. Die situatie speelde bij verzoeker niet. De overgelegde gegevens, waaronder de foto, volstonden om een goede beoordeling uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook geen blijk gegeven van onzorgvuldige besluitvorming.

Slotsom

8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 augustus 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik;
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemelte-spleten;
 - 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 bloedvatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
 - u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte door-gankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

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

Verwijzing

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

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag. Deze worden veroorzaakt door:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel

die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte. Er wordt gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor een revalidatiebehandeling zonder opname.

Tarieven

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

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op (vergoeding van) deze zorg.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe multimorbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2., en gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake

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 geneeskundige 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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

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

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

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.