

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202303671

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar de aangevraagde in- en uitwendige neuscorrectie alsnog moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Deze ingreep is volgens haar noodzakelijk om de klachten die zij ervaart te verhelpen. In het verleden is verzoekster al meerdere keren aan haar neus geopereerd, maar de uitgevoerde ingrepen hadden niet het gewenste resultaat. Omdat de doorgankelijkheidsklachten toenamen, heeft de behandelend KNO-arts voorgesteld een septorhinoplastiek (in- en uitwendige neuscorrectie) uit te voeren. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de inwendige neuscorrectie wordt vergoed, maar de uitwendige correctie niet. Dit omdat deze ingreep bij een collaps van de laterale neuswand niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, terwijl daarnaast een verzekeringsindicatie voor een uitwendige neuscorrectie, in de vorm van verminking of een aangeboren misvorming van het benig aangezicht, ontbreekt.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor een uitwendige neuscorrectie. Dit omdat, gelet op het advies van het Zorginstituut, deze behandeling, als het gaat om een aantoonbare lichamelijke functiestoornis (neusobstructie), niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. De andere mogelijke verzekeringsindicaties, met name verminking en een aangeboren misvorming van het benig aangezicht, zijn bij verzoekster niet aan de orde. De scheefstand van de neus is gering en de klachten die verzoekster ervaart zijn niet vanaf de geboorte aanwezig, maar ontstaan na herhaalde trauma's op latere leeftijd. De commissie wijst het verzoek daarom af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 11 december 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 februari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

- 2.2. Bij brief van 4 april 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 april 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 april 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024014186) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 mei 2024 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. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 juni 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover 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 10 juni 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 april 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 4 juli 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Voordelig (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Namens verzoekster is door de behandelend KNO-arts op 6 november 2023 bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan voor een in- en uitwendige neuscorrectie (septorhinoplastiek). Bij brief van 8 november 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 20 november 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 30 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de aangevraagde in- en uitwendige neuscorrectie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij in het verleden meerdere keren een trauma heeft opgelopen aan haar neus. Om de hierdoor ontstane klachten te verhelpen is verzoekster in de zomer van 2022 aan haar neus geopereerd. In oktober 2023 heeft er echter weer een incident plaatsgevonden waarbij de neus van verzoekster is gebroken. Sindsdien staat haar neus scheef en ervaart zij (opnieuw) problemen met ademen. Daarnaast staat de neus zo scheef dat als verzoekster naar beneden kijkt er zo'n druk op de neus ontstaat dat dit pijnklachten veroorzaakt. De hiervoor beschreven klachten heeft verzoekster besproken met de behandelend KNO-arts en hij adviseerde haar bij de zorgverzekeraar een aanvraag in te dienen voor een in- en uitwendige neuscorrectie. Volgens de behandelend arts zijn beide ingrepen noodzakelijk om de bestaande klachten te verhelpen. De zorgverzekeraar gaat akkoord met het uitvoeren van de inwendige neuscorrectie, maar hij wil de kosten van de uitwendige neuscorrectie niet vergoeden, omdat onvoldoende is onderbouwd waarom deze noodzakelijk is. Tot frustratie van verzoekster wil de behandelend KNO-arts een dergelijke onderbouwing niet geven.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat zij in 2022 ook aan haar neus is geopereerd. Tijdens deze operatie is de neus zowel inwendig als uitwendig gecorrigeerd en de hiermee gemoeide kosten zijn destijds door de zorgverzekeraar vergoed. In 2023 heeft, zoals eerder gesteld, weer een incident plaatsgevonden waarna de voorheen aanwezige klachten terugkeerden. Om die reden is, net als in 2022, opnieuw een in- en uitwendige neuscorrectie aangevraagd. Verzoekster kan niet begrijpen waarom de kosten in 2022 wél zijn vergoed en dit nu niet het geval is.

## 5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op een uitwendige neuscorrectie, indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking, die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, dan wel van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in het kader van een neuscorrectie aan de orde bij een sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus die langer dan een jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad. Daarnaast moet de ernst van de passageklachten zijn geobjectiveerd door middel van een score volgens de Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. Tot slot moet de sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking als oorzaak hebben, en deze afwijking moet alleen kunnen worden gecorrigeerd met een operatieve neuscorrectie/septorhinoplastiek en niet met alleen een septumcorrectie en/of neusschelpverkleining.
- 5.2. Uit de overgelegde stukken, waaronder de ingediende aanvraag, blijkt dat bij verzoekster inderdaad sprake is van obstructieklachten die langer dan een jaar bestaan en dat de neusblokkade een probleem vormt. Uit de verklaringen van de behandelend KNO-arts wordt echter niet duidelijk waarom het uitvoeren van alleen een septumcorrectie niet voldoende is om de bestaande klachten te verhelpen. Een onderbouwing op dit punt ontbreekt. Er is geen sprake van een duidelijk uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is. Op de aangeleverde foto's is uitwendig slechts een hele kleine scheefstand zichtbaar. Het is niet aannemelijk dat deze kleine scheefstand bijdraagt aan de beschreven passageklachten. In het verlengde daarvan is niet gebleken dat het passageprobleem wordt veroorzaakt door een anatomische afwijking. In de brief van de behandelend KNO-arts staat beschreven dat er bij het onderzoek een 'deviatie dorsum nasi rechts, septum deviatie en concha hypertrofie' zichtbaar is. Verderop in de brief wordt vermeld dat een ingreep aan het neustussenschot onvoldoende resultaat oplevert. Over de geconstateerde 'concha hypertrofie' staat niets beschreven. Wel wordt beschreven dat een operatie aan het neustussenschot geen effect heeft op de collaps van de laterale neuswand. In zijn brief van 4 april 2024 stelt de zorgverzekeraar verder dat een in- en uitwendige neuscorrectie bij collaps van de laterale neuswand geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Er is in de literatuur onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van de deze ingreep.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het hem niet bekend is dat in 2022 ook een in- en uitwendige neuscorrectie is uitgevoerd, waarvan de kosten door hem zijn vergoed.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Verzoekster heeft chronische ernstige neusobstructieklachten, waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hadden. Verzoekster heeft op basis van het aanvraagformulier voor vergoeding een NOSE-score van (19 x 5 =) 95/100. Dit komt overeen met ernstige obstructie volgens de classificatie van Lipan en Most.*

Verzoekster heeft op de foto's in het dossier een geringe scheefstand van de neus naar rechts. Er is geen sprake van een duidelijk uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking als aanwijsbare oorzaak voor de functionele klachten.

De KNO-arts vermeldt in zijn correspondentie dat verzoekster bij onderzoek een dorsum nasi en septum nasi deviatie naar rechts, en concha hypertrofie met een nauw cavum nasi heeft. Ook noemt hij dat zij een laterale neuswandcollaps en een nauwe apertura piriformis heeft.

Er zijn verschillende technieken die gebruikt kunnen worden bij een rhinoplastiek. De KNO-arts vraagt om vergoeding van ZA 32061, gedefinieerd als: operatief verbeteren van afwijkingen van de vorm van het benige neusskelet met openen van het bot vanaf de zijkant, gecombineerd met verbeteren van het neustussenschot en/of het neusgat. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet duidelijk welke techniek de KNO-arts wil verrichten bij verzoekster. De KNO-arts onderbouwt ook niet waarom deze techniek effectiever zou zijn dan een neuseptumcorrectie met eventueel conchareductie, behoudens dat een neuseptumcorrectie onvoldoende resultaat zal opleveren bij een ingevallen neus zijwand en nauwe benige neusingang (voorwaarde 5 van de VAV-werkwijzer). In de VAV-werkwijzer is op basis van literatuuronderzoek geconcludeerd dat verschillende rhinoplastiek technieken niet effectief zijn en niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk voor het verminderen van een functiestoornis (neusobstructie).

Tot slot kan op basis van de beschikbare foto's niet vastgesteld worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking. Zoals reeds aangegeven is er enkel een geringe scheefstand van de neus naar rechts.

#### Conclusie

Het Zorginstituut concludeert op basis van de beschikbare informatie in het dossier dat verzoekster niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor de vergoeding van een rhinoplastiek ten laste van de basisverzekering. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een rhinoplastiek ten laste van de basisverzekering.

#### Het advies

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

## 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.17 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, de 'stand van de wetenschap en praktijk', en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.

### Zorgverzekering

- 8.2. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie is de ingediende aanvraag leidend en moet worden beoordeeld of deze terecht is afgewezen. De aanvraag betreft een gecombineerde in- en uitwendige neuscorrectie. Naar de commissie begrijpt, wordt de noodzaak van de inwendige

neuscorrectie door de zorgverzekeraar niet betwist, is deze ingreep machtigingsvrij, en worden de hiermee gemoeide kosten vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent dat uitsluitend het deel van de aanvraag dat ziet op de uitwendige neuscorrectie partijen nog verdeeld houdt. Hierover overweegt de commissie het volgende.

- 8.3. Op grond van artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een uitwendige neuscorrectie, zijnde een behandeling van plastisch chirurgische aard. Het maakt hierbij niet uit of de behandeling wordt uitgevoerd door een KNO-arts of een plastisch chirurg. Voorwaarde om voor een dergelijke ingreep in aanmerking te komen is dat sprake moet zijn van een verzekeringsindicatie in de vorm van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, vermindering dan wel een aangeboren misvorming van het benig aangezicht.
- 8.4. Aan de vraag of bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat, gaat vooraf of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat, voor zover in het kader van de lichamelijke functiestoornis wordt verwezen naar een collaps van de laterale neuswand, de uitwendige neuscorrectie geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster heeft dit niet bestreden. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 30 april 2024 opgemerkt dat de verschillende rhinoplastiek technieken niet effectief zijn en niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk voor het verminderen van een functiestoornis (neusobstructie). De commissie volgt het Zorginstituut hierin en concludeert dat de aangevraagde uitwendige neuscorrectie - indien bedoeld ter opheffing van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis - niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee niet behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Een uitwendige neuscorrectie kan vervolgens wél voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen in geval van de verzekeringsindicaties vermindering of een aangeboren misvorming van het benig aangezicht. Met betrekking daartoe overweegt de commissie als volgt.
- 8.5. Van vermindering is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, NO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'vermindering' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval niet aan de orde, nu geen sprake is van één van de genoemde situaties, dan wel van een situatie die in ernst hiermee vergelijkbaar is. De scheefstand van de neus van verzoekster is blijkens het advies van het Zorginstituut van 30 april 2024 te gering om te kunnen spreken van vermindering. De commissie sluit zich hierbij aan.
- 8.6. Verder geldt dat aanspraak kan bestaan op een uitwendige neuscorrectie in geval van een aangeboren misvorming van het benig aangezicht. Deze verzekeringsindicatie is bij verzoekster niet aan de orde, nu de klachten zijn ontstaan door herhaald trauma op latere leeftijd.
- 8.7. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de aanvraag voor de uitwendige neuscorrectie op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering terecht door de zorgverzekeraar werd afgewezen. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat bij haar in 2022 ook een in- en uitwendige neuscorrectie is uitgevoerd, waarvan de zorgverzekeraar de kosten toen wel heeft vergoed, geldt dat zij deze niet met stukken heeft onderbouwd. Nu niet aannemelijk is gemaakt dát de uitwendige neuscorrectie destijds is vergoed, en daarnaast onduidelijk is op basis waarvan de eventuele vergoeding op dat moment heeft plaatsgevonden, wordt deze stelling van verzoekster gepasseerd.

*Slotsom*

8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2024,

J.J.M. Linders

**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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

### **i Let op**

Vraag bij uw zorgaanbieder naar zijn behandel tarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houdt u rekening met onverwachte omstandigheden, zoals complicaties, vervolgbehandelingen, een andere behandelcode of uitstel van de behandeling. Een andere behandelcode of het uitstellen van een behandeling kan namelijk van invloed zijn op het vergoedingsbedrag. Door complicaties of vervolgbehandelingen kan het zijn dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder extra kosten in rekening brengt. Het bedrag dat u zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

## **De Menzis Zorgvinder**

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Menzis Zorgvinder', op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder).

### **i Let op**

- Zorgaanbieders zijn verplicht om zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) te melden of een vergunning te hebben voor het verlenen van zorg. Voor sommige zorgaanbieders geldt een uitzondering. U kunt alleen naar een zorgaanbieder die aantoonbaar voldoet aan de vereisten van de Wtza.
- Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

## **Overeengekomen volume (omzetplafond)**

Als Menzis een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder kan het zijn dat er een afspraak is gemaakt over een maximaal volume (omzetplafond). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder u niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. De zorgaanbieder, of Menzis, helpt u dan een andere zorgaanbieder te vinden die u wél kan behandelen. Als er met een zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt over het volume (omzetplafonds), staat dat in de Zorgvinder aangegeven. Bent u al in behandeling als de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

## **De inhoud en omvang van de zorg**

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen



**lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.**

### **Welke zorg**

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

### **Welke zorgaanbieder**

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

### **Verwijzing**

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

## **Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie**

**Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.**

### **Welke zorg**

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslakte bovenoogleden, als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- 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,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

### **Let op**

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden, behalve als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophoppingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,

- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

### Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

### Verwijzing

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

### Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

## Revalidatie (medisch specialistisch)

### Medisch specialistische revalidatie

**Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.**

### Welke zorg

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

---

# 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, 2.6, 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.

## 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 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;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. 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;
    - 5°. 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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;  
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde 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.