



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, vervangen borstprotheses, indicatie, zorgaanbieder, nota

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202002208

Zittingsdatum : 28 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Zorgverzekeraar UA te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 11 december 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 5 maart 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 30 maart 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021009197) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 1 april 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 april 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 5 juli 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Collectief en Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 11 juli 2020 heeft verzoekster per brief aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de operatieve ingreep, waarbij haar borstprothesen zijn vervangen, te vergoeden.
- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft op 30 augustus 2020 over verzoekster verklaard: *"(...) Bijgaand gelieve het operatieverslag aan te treffen. Hier staat vermeld dat de beide implantaten lek zijn. Bij deze kunt u ook deze e mail gebruiken waarbij ik bij deze herbevestig dat er een medische indicatie bestond om bij u (verzoekster en geboortedatum) op 2 juni 2020 onder algehele anesthesie beiderzijds lekke implantaten te verwijderen. (...)"*
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de operatieve ingreep, waarbij haar borstprothesen zijn vervangen, niet worden vergoed.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 9 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 30 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Een verzekerde dient voorafgaand aan de behandeling redelijkerwijs aangewezen te zijn op een behandeling om aanspraak te kunnen maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Het is misschien wel mogelijk om achteraf op basis van de bevindingen van de arts tijdens de operatie vast te stellen dat verzoekster een indicatie had, maar dat betekent niet dat verzoekster ook aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Aangezien de indicatie dan niet voorafgaand aan de behandeling is vastgesteld. De indicatie wordt beoordeeld op zorginhoudelijke criteria wanneer de behoefte aan zorg zich aandient, niet wanneer de zorg plaatsvindt. Wanneer de vergoeding van zorg afhangt van het resultaat van een behandeling dan zou dit leiden tot een heel ander zorgverzekeringsstelsel, welke ook niet voorspelbaar is voor de patiënt en de maatschappij.

Er zijn minder ingrijpende (dan operatieve) beeldvormende technieken om te beoordelen of sprake is van een ruptuur of lekkage van een siliconenprothese. Met zorgaanbieders is afgestemd dat dit de gebruikelijke en goede beeldvormende onderzoeken zijn: mammografie, echo en MRI. Daarmee wordt voorkomen dat patiënten onnodig een operatie, met de risico's die dat meebrengt, ondergaan.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster voorafgaand aan de operatie een indicatie had voor het verwijderen van borstprothesen. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de operatie ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de operatieve ingreep, waarbij haar borstprotheses zijn vervangen, moet vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij haar borstprotheses heeft laten vervangen, omdat deze lek waren. Dit blijkt ook uit het operatieverslag. Verzoekster is geopereerd door een plastisch chirurg die hoog staat aanschreven en wordt geprezen om zijn innovatieve en veilige methodes. Een plastisch chirurg uit het Erasmus Medisch Centrum heeft deze behandelaar ook van harte aangeraden. De operatie heeft plaatsgevonden in de Kliniek MFIV Holystaete. Volgens de ziektekostenverzekeraar mocht de ingreep daar niet worden uitgevoerd en vormt dit reden deze niet te vergoeden. Voorafgaand aan de operatie heeft verzoekster twee keer telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar om zich te laten informeren over de vergoeding hiervan. Bij die gelegenheden is zij niet goed geïnformeerd. Zo is gezegd dat de ingreep nooit zou worden vergoed, terwijl achteraf blijkt dat dit wel mogelijk is als hiervoor een medische noodzaak bestaat, zoals lekkende protheses. Was zij hierover correct geïnformeerd, dan had het voor de hand gelegen dat zij zich tot een zorgaanbieder had gewend die aan alle voorwaarden voldeed, zodat de ingreep voor vergoeding in aanmerking zou komen. Doordat zij echter niet correct is geïnformeerd, bestond voor verzoekster geen aanleiding zich hierin verder te verdiepen. Een en ander neemt overigens niet weg dat zij een (verzekerings)indicatie heeft voor de ingreep en dat de ziektekostenverzekeraar zich nu achter futiliteiten lijkt te verschuilen, enkel om niet tot vergoeding van de kosten te hoeven overgaan.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering is beschreven wanneer een behandeling van plastisch-chirurgische aard, waaronder het vervangen van borstprotheses, voor vergoeding in aanmerking komt. De informatie in het operatieverslag zou aanleiding kunnen geven om aan te nemen dat in redelijkheid ook zonder echo of MRI kon worden vastgesteld dat sprake was van lekkende borstprotheses, hetgeen een (verzekerings)indicatie is voor het vervangen hiervan. De betreffende ingreep dient echter door een medisch specialist te worden uitgevoerd in een instelling voor medisch specialistische zorg of de praktijk van de medisch specialist. Een en ander is opgenomen in de artikel A.17.6 an A.1 van de verzekeringsvoorwaarden. Met een 'instelling voor medisch specialistische zorg' wordt bedoeld een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hieronder kunnen bijvoorbeeld een ziekenhuis en een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) vallen, die beschikken over een geldige AGB-code. De kliniek waar verzoeker de zorg heeft ontvangen, voldoet niet aan deze voorwaarden. In de 'praktijk van de medisch specialist' kunnen in voorkomende gevallen eenvoudige, niet complexe, medisch specialistische verrichtingen worden verleend. De zorg die verzoekster heeft ontvangen, is niet als zodanig aan te merken. Dit betekent dat de operatie niet voor vergoeding in aanmerking komt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat een nota op grond van artikel A.19.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering aan bepaalde eisen moet voldoen. Zo moet bijvoorbeeld de juiste DBC-zorgproductcode op de nota zijn vermeld. Die ontbreekt op de nota, zodat deze niet aan de vereisten voldoet. Ook dit vormt een reden om de aanvraag voor vergoeding van de ingreep af te wijzen.

Zorgverzekering

6.4. Een operatie waarbij borstprotheses worden vervangen is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. In artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op deze behandeling. Gelet op hetgeen partijen hebben aangevoerd, is de vraag of (i) de zorg heeft plaatsgevonden op een daartoe in de verzekeringsvoorwaarden aangewezen locatie, (ii) of de nota voldoet aan de eisen die verzekeringsvoorwaarden hieraan stellen en (iii) of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor de behandeling.

6.5. Met betrekking tot punt (i) overweegt de commissie dat in de voorwaarden van de zorgverzekering het volgende is vermeld:

"B.4.5. Plastische chirurgie

(...)

Zorgverlener

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

(...)

A.17.6. Plaats van zorgverlening

De zorg wordt verleend op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit kan een locatie zijn waarover afspraken zijn gemaakt tussen ons, de zorgverlener en u, of die wettelijk of door de Inspectie van de Volksgezondheid daarvoor is aangewezen. De zorg kan, indien passend ook online worden verleend. In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie bij de betreffende artikelen.

Toelichting:

Zorg door deze zorgverleners vindt plaats in:

(...) Medisch specialist: in een instelling voor medisch specialistische zorg of praktijk van de medisch specialist. De zorg kan ook geleverd worden in een andere instelling die wij hebben erkend voor de beschreven zorg. Dit moet dan blijken uit de voorwaarden van deze zorg.

(...)

A.1. Begripsomschrijvingen

(...)

Instelling voor medisch specialistische zorg

Een instelling zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). De instelling moet bij de ingang van een behandeling beschikken over een geldige AGB-code. Als wij alleen een ziekenhuis bedoelen, schrijven wij dit zo: ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Wij bedoelen dan een algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis (dit is een ziekenhuis dat zorg van slechts een of enkele medische specialismen biedt, zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) of een universitair ziekenhuis. Als wij alleen een ZBC bedoelen, schrijven wij dit zo: ZBC (instelling voor medisch specialistische zorg). In de gevallen dat wij ze allebei bedoelen, staat er alleen 'instelling voor medisch specialistische zorg'. (...)"

- 6.6. De commissie stelt vast dat verzoekster is behandeld in de Kliniek MFIV Holystaete. De commissie is nagegaan of de kliniek een WTZi-toelating heeft. Dat is niet het geval en ook is hij niet als zodanig vermeld in het AGB-register. Dit betekent dat de kliniek niet is aan te merken als een 'instelling voor medisch specialistische zorg', als bedoeld in artikel A.1. van de verzekeringsvoorwaarden. Rest de vraag of de kliniek is aan te merken als de 'praktijk van de medisch specialist'. Ook deze vraag moet ontkennend worden beantwoord. Op de website van de kliniek is vermeld dat deze faciliteiten verstrekt aan medisch specialisten. Hieruit leidt de commissie af dat medisch specialisten de mogelijkheid hebben een ruimte te huren waar zorg kan plaatsvinden. Dit betekent dat deze kliniek niet als 'praktijk' van de behandelend medisch specialist kan worden aangemerkt. Ook in de context van artikel A.17.6 van de verzekeringsvoorwaarden is deze conclusie te trekken, omdat het ten algemene alleen medisch verantwoord is kleinere ingrepen in de eigen praktijk uit te voeren. Het vervangen van borstprotheses is niet als zodanig aan te merken. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de zorg niet heeft plaatsgevonden op een locatie die daartoe is aangewezen in de verzekeringsvoorwaarden. Dit vormt een gegronde reden voor de ziektekostenverzekeraar om vergoeding van deze zorg af te wijzen.
- 6.7. Met betrekking tot punt (ii) overweegt de commissie dat in artikel A.19.2. van de verzekeringsvoorwaarden is vermeld aan welke eisen een nota dient te voldoen. Hierop moeten onder andere worden vermeld, de naam en adresgegevens van de zorgverlener, het nummer waarmee de zorgverlener is ingeschreven in het BIG-register, de AGB-code en de toepasselijke DBC-zorgproductcode. Verder moet de nota voldoen aan de daartoe door de NZa gestelde eisen. Op de onderhavige nota is in ieder geval niet de toepasselijke DBC-zorgproductcode vermeld, zodat niet is voldaan aan de vereisten.

Of al dan niet aan de overige vereisten is voldaan, kan daarmee in het midden blijven. Ook dit vormt een gegronde reden voor de ziektekostenverzekeraar om geen vergoeding toe te kennen.

6.8. Ten aanzien van punt (iii) overweegt de commissie dat uit artikel B.4.5. volgt dat de zogenoemde 'VAV Werkwijzer, beoordeling behandeling van plastisch-chirurgische aard' wordt gebruikt om te beoordelen of sprake is van een (verzekerings)indicatie. In de werkwijzer is - voor zover hier relevantie - opgenomen dat de vervanging van borstprothesen voor vergoeding in aanmerking komt als hiervoor een medische reden bestaat, zoals een ruptuur of lekkage van de prothese die is aangetoond door een mammografie, echo of MRI. Hieruit volgt dat een eventuele (verzekerings)indicatie voorafgaand aan de behandeling moet worden vastgesteld en dat is in het onderhavige geval niet gebeurd. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 30 maart 2021. Hoewel dit voor de ziektekostenverzekeraar tevens een grond van afwijzing had kunnen zijn, merkt de commissie op dat uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de inhoud van het operatieverslag en de foto's aanleiding zouden kunnen geven om in redelijkheid zonder mammografie, echo of MRI een (verzekerings)indicatie aan te nemen. Hieruit leidt de commissie af dat de ziektekostenverzekeraar het gegeven dat de (verzekerings)indicatie niet voorafgaand aan de behandeling is gesteld niet aan verzoekster tegenwerpt. Dit kan - mede gelet op hetgeen hiervoor is overwogen - echter niet leiden tot een toewijzing van het verzoek.

6.9. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name dat de ziektekostenverzekeraar haar niet juist heeft geïnformeerd, waardoor zij op verkeerde gronden de keuze heeft gemaakt voor een behandeling in Kliniek MFIV Holystaete, leidt niet tot een ander oordeel. Het ligt namelijk op de weg van verzoekster aannemelijk te maken dat aan haar onjuiste informatie is verstrekt of een toezegging is gedaan op grond waarvan de behandeling alsnog moet worden vergoed. Hierin is zij niet geslaagd. Hoewel de commissie niet uitsluit dat telefonisch contact heeft plaatsgevonden, ontbreekt het de commissie aan informatie om vast te kunnen stellen wat er in het telefoongesprek is besproken. Ook kan de commissie niet vaststellen dat onjuiste informatie aan verzoekster is verstrekt.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een operatie, waarbij borstprothesen worden vervangen, zodat het verzoek op grond van deze verzekering niet kan worden toegewezen.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juli 2021

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 oogheilkundige 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.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- 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 ver-

wezen 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 gehemeltespleet) 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 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 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 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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

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

(...)

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 de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)