



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie, indicatie

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

Zaaknummer : 202001405

Zittingsdatum : 9 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 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 10 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat nieuwe informatie is overgelegd door verzoekster, en hij heeft daarom verzocht om toezending van aanvullende informatie van de behandelend plastisch chirurg. Een kopie van deze brief is op 16 maart 2021 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is gevraagd of zij bereid is de door de ziektekostenverzekeraar verlangde informatie op te vragen bij de behandelend plastisch chirurg.
Verzoekster heeft deze informatie op 7 april 2021 aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 8 april 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 april 2021 inhoudelijk gereageerd op de aanvullende informatie. Een kopie van de reactie van de ziektekostenverzekeraar is op 22 april 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 19 mei 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021016065) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 mei 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 juni 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 14 juni 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 14 juni 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 basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De eveneens afgesloten verzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft last van haar borsten; deze zijn asymmetrisch en veroorzaken pijnklachten. Zij is daarom door de huisarts verwezen naar een plastisch chirurg, die verzoekster heeft verwezen naar

een collega in een academisch ziekenhuis. Deze laatste arts heeft ten behoeve van verzoekster een aanvraag voor het plaatsen van borstprothesen ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor:

"inbrengen mammaprothese ter augmentatie".

Hij heeft in de aanvraag over verzoekster verklaard:

"patiënte heeft een onderontwikkelde borst, vooral li borst laat een duidelijke achterstand in groei zien, hierbij is een duidelijke asym[m]etrie met zeker 2 cupmaten verschil te zien. [V]erder is opmerkelijk dat er een duidelijke aangeboren afwijking in de ontwikkeling van de borst te zien is, een zogenaamde tubereuze borst"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 februari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 24 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.6. De behandelend plastisch chirurg heeft op 12 juni 2020 het volgende over verzoekster verklaard:

"Bij bovengenoemde patiënte bestaat een duidelijke tuberous breast syndroom, graad 3 rechts en graad 2 links. Dit is als aantoonbare lichamelijke functiestoornis te zien en heeft hierdoor ook duidelijk impact op haar dagelijks functioneren. Bij de aandoening van patiënte gaat het om een aangeboren afwijking. Hierbij gaat het om aplasie van de borst. Aplasie wordt omschreven als een gedeeltelijke afwezigheid bij een orgaan dat wel aangelegd is. Bij [verzoekster] is de borst wel aangelegd maar een groot deel van de borst, namelijk de hele onderpool is niet aangelegd. Hierdoor komt het tot een misvorming van de borst."

- 3.7. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het volgende verklaard:

"Er wordt een plaatsing van borstprothesen aangevraagd. Echter er is een geschil met de arts betreffende een definitie.

Bij deze patiënte draait het duidelijk om de definitie van aplasie. De arts hanteert een andere definitie dan de definitie die bij zorgverzekeraars gebruikelijk is.

Zorgverzekeraars hanteren de definitie zoals vermeld in de werkwijzer van de VAV. Deze definitie is algemeen aanvaard:

1. Afwezigheid van een inframammaire plooï en

2. Klierweefsel van minder dan 1 cm dikte, aangetoond door middel van een echo, te meten bij het gedeelte met de grootste diameter. Patiënte voldoet niet aan deze definitie. Aan beide zijden is op de foto's een inframammaire plooï zichtbaar. Gegevens over de dikte van het klierweefsel, gemeten door een echo, heb ik niet in mijn bezit, maar aangezien patiënte niet voldoet aan de eerste eis, is er geen sprake van aplasie in de zin van de zorgverzekeringswet.

De definitie van de arts is: Aplasie wordt omschreven als een gedeeltelijke afwezigheid bij een orgaan dat wel aangelegd is. Bij [verzoekster] is de borst wel aangelegd maar een groot deel van de borst, namelijk de hele onderpool is niet aangelegd.

Bovenstaande constatering van de arts, lijkt meer om hypoplasie te gaan.

In de VAV [werk]wijzer staat verder dat er geen vergoeding mogelijk is bij asymmetrie van de borsten, ongeacht de mate van asymmetrie, bij hypoplasie van de borsten en bij plaatsing om cosmetische redenen.

Verder zie ik op de foto's tubereuze borsten, rechts meer dan links. Tubereuze borsten zijn geen vergoedingsgrond voor het plaatsen van protheses, evenmin als pijn of uitstulpend weefsel dit is. Pijnklachten of uitstulpend weefsel vergen mogelijk een andere behandeling, dan het plaatsen van protheses.

Op de foto's zie ik inderdaad een asymmetrie van de borsten. Het gaat hier om 1 cupmaatverschil, zoals ik het kan beoordelen op de foto's.

Er is geen sprake van een verminking op basis van de asymmetrie en ook niet op basis van de tubereuze borst. Echter eigenlijk is deze constatering niet van belang, daar beiden geen grond zijn om een borstvergroting door protheses te vergoeden."

- 3.8. De behandelend plastisch chirurg heeft op 6 april 2021 het volgende over verzoekster verklaard:

"Na aanleiding van u[w] brief met kenmerk 341547 d.d. 10 maart kunnen wij u het volgende melden:

- 1. Er is geen sprake van kwaadaardig weefsel in de tubereuze borst.*
- 2. Er is geen sprake dat er een groter risico is op kwaadaardige ontaarding van het klierweefsel bij deze patiënte dan bij andere vrouwen met een tubereuze borst.*
- 3. Nee, vrouwen met een tubereuze borst hebben geen groter risico op kwaadaardige ontaarding dan vrouwen met een normale borst."*

- 3.9. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 6 april 2021 het volgende verklaard:

"Ik heb de stukken nogmaals bekeken, mn de antwoorden op mijn vragen aan de plastisch chirurg. Laat ik voorop stellen dat de argumenten tot afwijzing uit mijn vorige advies blijven staan.

Er bleef echter één vraag over: Is er sprake van kwaadaardigheid of een verhoogd risico daarop? Dit werd nl in de stukken gesuggereerd en zou dan leiden tot medische noodzaak. Echter de plastisch chirurg beantwoordt mijn vragen daaromtrent ontkennend, er is geen kwaadaardigheid en ook geen groter risico daarop dan bij andere vrouwen.

Derhalve blijft de aanvraag afgewezen op eerder genoemde gronden."

- 3.10. Op 19 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier zijn foto's van voldoende kwaliteit bijgevoegd.

Zoals beschreven in het juridisch kader bestaat er vanuit de basisverzekering geen aanspraak op vergoeding op het plaatsen van borstprothesen (expliciet uitgesloten), anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesis of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Bij verzoekster is geen sprake van één van de genoemde uitzonderingen op deze uitsluiting. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat sprake is van aplasie van de borst zoals omschreven is in de VAV-werkwijzer: er is duidelijk borstgroei zichtbaar bij verzoekster op de beschikbare foto's.

Dat de uitsluiting van artikel 2.1 Rzv tevens geldt voor tubulaire borsten is in meerdere rapporten van het Zorginstituut terug te vinden. In het rapport 'Advies uitbreiding basispakket Zvw met enkele behandelingen van plastisch-chirurgische aard en medisch-noodzakelijke circumcisie' uit 2016 is het volgende opgenomen: "Voor andere misvormingen van de borst (zoals bijvoorbeeld tubulaire borsten), waarbij ook sprake kan zijn van een grote afwijking van het normale, vrouwelijke beeld, hebben partijen geen mogelijkheid gezien om (op korte termijn) tot een eenduidige afbakening te komen. Dat onderwerp heeft men dan ook niet in de voorstellen betrokken. Men heeft wel aangegeven daarover in de loop van de tijd verder te gaan praten."

Dit wordt nogmaals herhaald in het rapport 'Herziening hoofdstuk 4 (aangepaste voorwaarden) - standpunt autologe vettransplantatie bij partiële defecten van de borst' uit 2018: "Het plaatsen

van borstprothesen (alloplastische borstreconstructie) bij het Poiandsyndroom, tubulaire borsten, unilaterale borst hypoplasie en micromastie vallen niet onder de basisverzekering (hiervoor geldt een expliciete uitsluiting).

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van het plaatsen van borstprothesen ten laste van de basisverzekering. Het plaatsen van borstprothesen komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of agenesis of aplasie van de borst. Dit is bij verzoekster niet het geval.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van het plaatsen van borstprothese[n] ten laste van de basisverzekering. Het plaatsen van borstprothesen bij tubulaire/ tubereuze borsten maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de ingreep alsnog moet goedkeuren.
- 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende rekening houdt met de aard en omvang van de ingreep. De aangevraagde borstreconstructie is namelijk gecompliceerder dan een borstvergroting. De medische noodzaak van de ingreep wordt ingegeven door het woekerende en potentieel kwaadaardige weefsel in de tubereuze borst. In één borst komt dit weefsel zelfs door de tepel naar buiten. Tijdens de operatie zal het woekerende weefsel - vrijwel de gehele inhoud van de borst - worden verwijderd. Vervolgens zullen na de (gedeeltelijke) borstamputatie borstprothesen worden geplaatst en zal een tepelhofcorrectie worden verricht. Verzoekster benadrukt dat bij een volledig leeggehaalde borst sprake is van verminking. Daarnaast is er nu al sprake van een verschil van twee cupmaten tussen beide borsten. Ook heeft verzoekster hevige pijnklachten.

Tijdens het telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar op 18 december 2020 is gebleken dat deze afwijzend heeft beslist omdat een aanvraag is ingediend voor een borstreconstructie door middel van het plaatsen van borstprothesen. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens dit gesprek

gezegd dat als een aanvraag was ingediend voor een borstreconstructie met tepelhofcorrectie deze zou zijn goedgekeurd.

Verzoekster ziet erg op tegen de medisch noodzakelijke ingreep. Zij is al een paar jaar bezig met dit traject, en het vormt een grote psychische aanslag. Dit laatste wordt versterkt doordat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen. Zij voelt zich hierdoor niet serieus genomen.

Tijdens de zitting heeft verzoekster meegedeeld dat de ingreep inmiddels is uitgevoerd. Zij heeft ter aanvulling aangevoerd dat de ingreep € 5.100,-- bedroeg terwijl dit normaal € 2.000,-- is. Daarom zou in ieder geval een deel van de kosten moeten worden vergoed. In reactie op de verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 6 april 2021, dat bij een tubereuze borst geen groter risico is op kwaadaardige ontaarding dan bij vrouwen met een normale borst, heeft verzoekster verklaard dat zij in haar brief van 23 december 2020 was uitgegaan van de informatie die er toen was.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het plaatsen van borstprothesen een behandeling van plastisch-chirurgische aard is. Deze zorg wordt alleen vergoed vanuit de zorgverzekering als sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Het plaatsen van borstprothesen wordt alleen vergoed in geval van:

- een primaire borstreconstructie na een amputatie;
- plaatsing aan de contralaterale zijde ter symmetrisatie in het kader van een borstreconstructie na een amputatie;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.

De aanvraag is afgewezen, omdat in de situatie van verzoekster niet is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden.

Anders dan de behandelend arts is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat bij verzoekster geen sprake is van aplasie. Aplasie is het geheel ontbreken van borstvorming bij een vrouw door het niet aangelegd zijn of het niet tot ontwikkeling komen van de klierschijf. Dit is aan de orde bij afwezigheid van een inframammaire plooï én klierweefsel van minder dan 1 cm dikte. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Op de overgelegde foto's is immers te zien dat sprake is van borstvorming.

De aanwezigheid van een tubereuze borst en/of een asymmetrie is geen reden om tot vergoeding over te gaan, ook niet als sprake is van pijnklachten. Psychische klachten vormen evenmin aanleiding voor vergoeding van een protheseplaatsing.

- 6.4. De commissie overweegt allereerst dat de aanvraag leidend is en dat deze betrekking heeft op het plaatsen van borstprothesen. Het operatief plaatsen of vervangen van borstprothesen is uitgesloten van vergoeding tenzij (i) één of beide borsten geheel of gedeeltelijk zijn geamputeerd, of (ii) sprake is van agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen, en (iii) de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Het laatste doet zich bij verzoekster niet voor en behoeft daarom geen bespreking. Ten aanzien van (i) overweegt de commissie als volgt.

Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar geen goed beeld heeft van haar situatie, omdat bij haar sprake is een gedeeltelijke borstamputatie op het moment dat "het woekerende weefsel" uit haar borst wordt verwijderd. In het dossier is echter geen medische informatie aanwezig waaruit de juistheid van de stelling van verzoekster kan worden afgeleid. Uit de aanvraag blijkt dit niet en de behandelend plastisch chirurg benoemt alleen aplasie, de misvorming van de borst en een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Daarom gaat de door verzoekster gemaakte vergelijking met een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie niet op.

Vervolgens resteert dan de vraag of bij verzoekster kan worden gesproken van agenesie of aplasie van de borst (ii).

 6.5. Met ingang van 1 januari 2017 is artikel 2.1 Rzv gewijzigd in die zin dat de aanspraak op borstimplantaten is verruimd. De verruiming houdt in dat met ingang van deze datum ook de borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst voor vergoeding in aanmerking kan komen. Genoemde wijziging is gebaseerd op het rapport 'Advies uitbreiding basispakket Zvw met enkele behandelingen van plastisch-chirurgische aard en medisch noodzakelijke circumcisie' van 31 maart 2016 van het Zorginstituut. Uit dit rapport blijkt dat, indien door een genetische aandoening of een verdenking daarvan bij een vrouw borstvorming ontbreekt, gesproken kan worden van verminking door ziekte als bedoeld in artikel 2.1 Rzv. Agenesie/aplasie van de borst kan volgens genoemd rapport op één lijn worden gesteld met een gehele amputatie van de borst. De vraag of sprake is van aplasie/agenesie moet volgens het rapport van het Zorginstituut worden beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

- afwezigheid van een inframammairplooï én,
- klierweefsel van minder dan één cm, aangetoond door middel van een echo.

 6.6. Ten aanzien van het eerste criterium geldt dat geen inframammairplooï aanwezig is in de volgende situatie: geen golfing of rimpel onder de borst, het compleet recht doorlopen van de huid op de thorax ter hoogte van de borsten. Dit blijkt uit een eerder advies van het Zorginstituut (zaaknummer: 2017056911) van 12 januari 2018 aan de commissie. Uit de overgelegde foto's blijkt dat hiervan bij verzoekster geen sprake is.

Ten aanzien van het tweede criterium betreffende het klierweefsel is geen informatie aanwezig in het dossier, doch dit is niet relevant nu aan het eerste van de – cumulatieve – criteria niet is voldaan.

Het gestelde met betrekking tot het verschil in cupmaat is in het kader van de aangevraagde behandeling niet relevant.

Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat het Zorginstituut in zijn advies van 19 mei 2021 heeft toegelicht dat het plaatsen van borstprothesen bij tubereuze borsten expliciet is uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

De commissie merkt op dat niet ter discussie staat dat verzoekster een medische indicatie heeft voor de aangevraagde ingreep. Er bestaat echter een verschil tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie. En hoewel de commissie begrip heeft voor de situatie van verzoekster en de door haar aangevoerde pijnklachten, vormen deze geen verzekeringsindicatie voor de behandeling. Hetzelfde geldt voor mogelijke psychische klachten.

 6.7. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster niet in aanmerking komt voor de aangevraagde ingreep ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aangevraagde ingreep.

 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 juni 2021,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. 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;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling.

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- 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 gehemeltepleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of 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 gehemeltepleten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woeking 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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- 3°. verlamde of 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 gehemelte spleten, 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.