



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek (buikwandcorrectie) inclusief lower body lift

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902039

Zittingsdatum : 5 februari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 20 september 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 17 december 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 14 januari 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019063652) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 17 januari 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 februari 2020 gehoord.
- 2.5. Verzoeker heeft de commissie op 6 februari 2020 aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 7 februari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 10 februari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 13 februari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Restitutiepolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Spieren & Gewrichten (€ 350,-), Tand (€ 250,-), en Zorg & Herstel (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is op eigen kracht 107 kg afgevallen. Door het gewichtsverlies is huidoverschot in diverse lichaamsgebieden ontstaan. Verzoeker ondervindt hiervan veel hinder. Daarom is ten behoeve van hem bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een abdominoplastiek, inclusief het verwijderen van het huid-/vetoverschot van de flanken, de buitenzijde van de bovenbenen en de billen, en opbouwplastiek billen (lower body lift), inclusief een eventuele lift/reductie van de mons pubis (verder: abdominoplastiek en gelijktijdig te verrichten lower bodylift).

- 3.3. Het verslag van het poliklinisch bezoek van verzoeker aan de betrokken zorgaanbieder op 2 januari 2019 luidt:
"(...) *Kans op vergoeding laag gezien Pittsburgh 2. Wel geadviseerd bij afwijzing in beroep te gaan gezien goede medische indicatie.*
(...) *Machtiging aanvraag*
Zelf afgefallen 105 kg door voeding te veranderen en te sporten.
Huidig G 96 kg, L 193cm[.]
1 jr lang 95 kg.
Buik en billen veel last. Joggen hoor je het klapperen van de billen[.] Borsten en zijkanten ook veel surplus. Smetten valt mee.
"(...) *Surplus huid abdomen*
Surplus mammae. Pectoralis goed gedefinieerd, tepels veel te laag. Veel surplus, ook lateraal.
Surplus buik en achterzijde. Indicatie voor lower body. Evt me[t] verticaal litteken, afh van operateur.
Pittsburgh 2. Striae; dunne huid. Geen noodzaak tot liposculpture wel om kleine verfijning, maar niet uitgebreid. Goed gedefinieerde buikspieren. Geen breuken voelbaar.
02-01-2019 vet- en huidoverschot van buik met rectusdiastase
Surplus buikhuid, rug/nates en mammae."
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 februari 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.5. De behandelend manueel therapeut en neuroloog hebben bij brief van 31 mei 2019 over verzoeker het volgende verklaard:
"(...) *Vraagstelling verwijzer: Graag uw onderzoek/behandeladviezen t.a.v. de rugklachten*
Anamnese:
• *Klachten: Meneer ervaart lage rugklachten beiderzijds. Trekt soms iets naar de rechter heup.*
• *Tijdsduur: sinds 15e jaar*
• *Oorzaak: scooter ongeval*
• *Algemeen beloop: Sinds 1 jaar toename van de klachten. Na ongeval moeite met lopen, sinds die tijd ook rugklachten. Paar maanden geleden door de rug gegaan in de auto, pijnscheut. Sinds de laatste keer gaat de rugpijn niet weg.*
"(...) **Conclusie:**
Samenvatting bevindingen neuroloog:
• *Degeneratieve veranderingen op meerdere niveaus van de lumbale wervelkolom, passend bij de leeftijd*
• *Geen HNP, geen wortelcompressie*
• *Klinisch beeld niet passend bij een radiculair syndroom*
• *Klachten ten gevolge van surmenage van de laag lumbale segmenten/facet gewrichten*
• *Lage rugklachten: lumbaal facetair syndroom*
• *Overtollig huid, zou mogelijk nog een beperking kunnen geven voor de bewegingsvrijheid*
Samenvatting bevindingen therapeut:
• *Beperkte actieve flexie mobiliteit van de laag lumbale regio*
• *Beperkte passieve flexie mobiliteit van de laag lumbale regio: met name niveau: L4-L5 en L5-S1*
• *Onvoldoende coördinatie van de bekkenregio: actief bekken kantelen wordt onvoldoende beheerst.*
• *Insufficiënte van de diepe dorsale musculatuur van de LWK (mm. Multifidi)*
• *Onvoldoende belastbaarheid van de buikmusculatuur*
Conclusie neuroloog & therapeut:
• *Lage rugklachten zonder neurologische afwijkingen*
• *Afwijkingen op de MRI zonder klinische betekenis*

• *Er is sprake van een matige functie van het rompspier korset, met name de mm Multifidi op de laag lumbale niveaus en de buikspier functie zijn matig.*

Beleid:

Advies behandelmogelijkheden: primair gericht op (pijn)educatie, geruststelling en re-activatie in de breedste zin van het woord.

Er is geen indicatie voor hands-on en/of passieve behandelinterventies.

Er is indicatie voor een actieve oefentherapeutische benadering en interventies.

(...)"

- 3.6. De behandelend plastisch chirurg heeft bij brief van 27 juni 2019 over verzoeker verklaard:
"(...)"

Beloop

Heeft last van rugklachten. Tevens bij rennen gaat de huid heen en weer en dat doet pijn.

Annatommie heeft brief over klachten die mogelijk door huidoverschot veroorzaakt kunnen zijn. Mechanische hinder bij bewegen[.] Opnieuw beroep aantekenen tegen afwijzing en brief annatommie bijsluiten. Heeft mechanische klachten van huidoverschot.

(...)"

- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij de afwijzing van de aanvraag handhaaft.

- 3.8. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 14 januari 2020 luidt:

"Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het Zorginstituut dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

De behandelend plastisch chirurg heeft op de aanvraag aangegeven dat geen sprake is van smetplekken of een ernstige bewegingsbeperking. Daarnaast geeft de behandelend plastisch chirurg aan dat sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 2. De verklaringen in second opinion maken dit niet anders.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoeker sprake is van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De abdominoplastiek en lower bodylift komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

(...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat hij aanspraak heeft op een abdominoplastiek en een gelijktijdig uit te voeren lower bodylift.

- 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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 20 van de 'Algemene voorwaarden' van 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. De zorgverzekering biedt dekking voor een abdominoplastiek en een lower bodylift als sprake is van:
(i) een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, of
(ii) een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
Dit blijkt uit artikel 26 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering, waarin de aanspraak op plastische chirurgie is geregeld.
De invulling van deze twee (verzekerings)indicaties is afhankelijk van de uit te voeren verrichting.
- 6.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in het kader van de buikwandcorrectie én de lower bodylift worden gedacht aan chronisch onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking.
Van het eerste is sprake als het smetten langer dan 6 maanden (altijd) in de huidplooien aanwezig is. Voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling volgens de richtlijn '*Smetten (intertrigo) preventie en behandeling*' moeten hierbij onvoldoende resultaat hebben gehad. Niet gebleken is dat bij verzoeker kan worden gesproken van onbehandelbaar smetten in deze zin. De voormalig behandelend plastisch chirurg heeft in dit verband op de aanvraag vermeld dat dit bij verzoeker niet aan de orde is. Deze bevinding heeft verzoeker bij brief van 3 mei 2019 onderschreven.
- 6.4. Een ernstige bewegingsbeperking bestaat, voor zover het gaat om de abdominoplastiek, als het huidoverschot in staande positie minimaal een kwart van de lengtes van de bovenbenen van betrokkene bedekt. Uit het dossier blijkt niet dat dit bij verzoeker het geval is. Verzoeker lijkt te veronderstellen dat hij vanwege zijn lengte niet aan dit criterium kan voldoen. De commissie overweegt dat het criterium, vanwege de relatie met de lengte van de bovenbenen, voor iedereen even strikt is. De striktheid van het criterium staat aan de toepassing hiervan niet in de weg nu de wetgever dit criterium uitdrukkelijk als voorwaarde heeft willen stellen voor aanspraak op een abdominoplastiek. Dit blijkt uit de Nota van Toelichting bij de betreffende wijziging van artikel 2.1 Rzv.
- 6.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij door het huidoverschot pijnklachten en ernstige bewegingsbeperkingen, bijvoorbeeld bij het sporten, ondervindt. Hij verwijst in dit verband naar de verklaringen van zijn behandelend plastisch chirurg en manueel therapeut. De ziektekostenverzekeraar betwist een en ander. De commissie overweegt dat pijnklachten en (hieruit voortvloeiende) bewegingsbeperkingen - in het kader van zowel de buikwandcorrectie als de lower bodylift - niet kunnen worden aangemerkt als ernstige bewegingsbeperkingen in voornoemde zin. Er is geen verband tussen het huidoverschot en een bewegingsbeperking aangetoond en evenmin dat de bewegingsbeperkingen als ernstig in de zin van artikel 26 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering zijn aan te merken. Dat geen sprake is van een ernstige bewegingsbeperking als bedoeld in artikel 26 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 14 januari 2020.
- 6.6. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de

aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Niet gebleken is dat verminking in deze zin bij verzoeker aan de orde is. Van verminking kan in het geval van een buikwandcorrectie ook worden gesproken bij Pittsburgh Rating Scale graad 3 in het lichaamsgebied de buik. Verminking in het geval van een lower bodylift bestaat bij Pittsburgh Rating Scale graad 3 in een (symmetrisch) lichaamsgebied. De voormalig behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat bij verzoeker sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 2. Dat geen sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3 in bedoelde lichaamsgebieden wordt bevestigd op de overgelegde foto's.

- 6.7. Aangezien verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor een abdominoplastiek en een lower bodylift, heeft hij geen aanspraak op deze behandelingen ten laste van de zorgverzekering.
- 6.8. Wat verzoeker overigens heeft aangevoerd, kan niet leiden tot een ander oordeel, omdat dit voor de aanspraak op de abdominoplastiek met een gelijktijdig te verrichten lower bodylift niet relevant is. Dit ziet bijvoorbeeld op de stelling dat hij de aanzienlijke kosten van de ingreep niet zelf kan betalen en de omstandigheid dat verzoeker psychische klachten van het huidoverschot ondervindt, die dusdanig van aard zijn dat hij vreest dat hij op korte termijn geestelijke gezondheidszorg nodig zal hebben. Dat de voormalig behandelend plastisch chirurg van mening is dat verzoeker een goede medische indicatie heeft voor de ingreep, maakt niet dat tevens een (verzekerings)indicatie voor de ingreep bestaat. Bij een medische indicatie wordt beoordeeld of een patiënt op medische gronden is aangewezen op een bepaalde behandeling. Bij een (verzekerings)indicatie wordt aan de hand van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden beoordeeld of betrokkene aanspraak heeft op (vergoeding van) een bepaalde behandeling.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor plastische chirurgie. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een abdominoplastiek met een gelijktijdig te verrichten lower bodylift ten laste van deze verzekering.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 februari 2020,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten?

Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 26 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Artikel 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

Artikel 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekosten-verzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

Artikel 18 Heeft u een klacht?

18.1

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de afdeling waarvan u bericht heeft ontvangen. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht van de behandelende afdeling.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website (fbto.nl). U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

19.3 Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende modules die niet of maar gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden vergoed. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende modules vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter vergoeding van:

- a. vanuit FBTO Basisverzekeringen (FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis) verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b. kosten die te maken hebben met het eigen risico van FBTO Basisverzekeringen (FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis);
- c. wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding duidelijk is beschreven in de aanvullende verzekering.

19.4 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u verschillende verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u ons doorstuurt eerst vanuit:

- FBTO Basisverzekeringen (FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis);
- En dan vanuit de aanvullende modules.

Artikel 20 Heeft u een klacht?

20.1

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Klachtenmanagement. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben verteld of u van de dienst gebruik heeft gemaakt. U kunt uw klacht aan ons laten zien per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website. Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal laat zien, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

20.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht krijgen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. Een reactie over de inhoud van uw klacht krijgt u binnen 10 werkdagen. Als er meer tijd nodig is om uw klacht af te handelen, dan krijgt u hierover een bericht van de behandelende afdeling.

20.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben behandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht opnieuw te beoordelen. U kunt uw verzoek om op nieuw te beoordelen opsturen naar de afdeling Klachtenmanagement per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website (fbto.nl). U ontvangt hiervan een bevestiging. Binnen 10 werkdagen krijgt u een 1e reactie over de inhoud. Als er meer tijd nodig is voor het opnieuw beoordelen van uw klacht, dan krijgt u hierover van ons een bericht.

20.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Voldoet de herbeoordeling van de afdeling FBTO Klachtenmanagement niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) Postbus 291, 3700 AG Zeist. Lees meer op www.skgz.nl. De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

20.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen.

Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

20.6 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie?

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

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 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;

(...)

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 agenese 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;

(...)

.