



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, tepelhofatoeage, verminking
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer	: 202002502
Zittingsdatum	: 26 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 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 1 april 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is die zelfde dag aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 26 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021013011) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 april 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Naar aanleiding van het voornoemde advies heeft de ziektekostenverzekeraar op 3 mei 2021 de in het dossier ontbrekende foto's aan de commissie gezonden. De commissie heeft vervolgens het Zorginstituut kopieën van de betreffende foto's gestuurd. Het Zorginstituut is hierbij gevraagd een aanvullend advies uit te brengen. Het Zorginstituut heeft op 17 mei 2021 een nieuw advies uitgebracht. Een kopie hiervan is dezelfde dag naar partijen gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 mei 2021 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 juni 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 7 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 grond van de VvAA zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VvAA zorgverzekering Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen VvAA zorg op reis en VvAA Tandplus Preventief zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzoekster is in 2012 borstkanker geconstateerd. Zij onderging een borstamputatie beiderzijds en daaropvolgend een reconstructie van beide borsten. In dit kader is destijds ook een tepelhof tatoeage aangebracht. De kosten hiervan zijn toen vergoed. Omdat de tatoeage sindsdien

is vervaagd, heeft verzoekster in 2020 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar om deze te laten bijwerken.

- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft op 4 augustus 2020 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een *"Dermatografie (tatouage bij bijvoorbeeld tepelhofreconstructie, littekencorrectie, kleurafwijkingen huid)"*. Hij heeft hierbij het volgende verklaard: *"2013 borstreconstructie, begin 2014 tepelhofatouage, nu vervaagd. Gaarne bijkleuren."*
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 september 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 20 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 26 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Beoordeling"

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Tepel(hof)reconstructie met behulp van tatoeage kan beschouwd worden als de chirurgische voltooiing van een mammaeconstructie. Als het resultaat van de tepel(hof)reconstructie op termijn niet blijvend blijkt dan is sprake van een nieuwe situatie omdat na de oorspronkelijke tepelhofatoeage het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare resultaat was bereikt. Voor de nieuwe situatie moet opnieuw worden beoordeeld of aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding ten laste van de basisverzekering aan de hand van de geldende criteria. Het bijwerken van de tepelhofatoeage komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering indien sprake is van een verminking ten gevolge van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

De beoordeling van een verminking is persoonsgebonden en primair van visuele aard. In het dossier is geen beeldmateriaal opgenomen. Daarom kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet bepaald worden of sprake is van een verminking en of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het Zorginstituut merkt op dat het mogelijk is dat een significante vervaging van een tepelhofatoeage kan betekenen dat de oorspronkelijke tatoeage niet als 'tepel' te typeren is. In dat geval kan sprake zijn van verminking. Niet alleen bij het volledig ontbreken van een tepel is sprake van verminking, zoals verweerder stelt. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt enige vervaging van de oorspronkelijke tepelhofatoeage veelvoorkomend, maar blijkt het bijkleuren minder vaak noodzakelijk: hoewel bij 60% van de vrouwen de tepelhofatoeage uiteindelijk lichter is dan de oorspronkelijke tepel, is bij slechts 10% het bijkleuren of revisie van de tepelhofatoeage nodig.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut niet beoordelen of sprake is van een verminking. Het is daarom onduidelijk of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van het bijwerken van de tepelhofatoeage ten laste van de basisverzekering."

- 3.7. Op 17 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Beoordeling"

(...)

De beoordeling van een verminking is persoonsgebonden en primair van visuele aard. Verzoekster heeft een foto toegevoegd aan het dossier. Op basis van deze foto is sprake van duidelijke

vervaging van de tatoeage. Er kan echter niet gesteld worden dat de tepel niet als tepel te typeren ofte herkennen is. Daarmee is geen sprake van verminking in de zin van de regelgeving.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van verminking. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een tepelhof tatoeage ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen indicatie voor het bijwerken van een tepel(hof)reconstructie met behulp van tatoeage. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van deze behandeling ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat zij aanspraak heeft op de aangevraagde tepelhof tatoeage ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 78 van de 'Algemene regels' 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

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster heeft na borstamputatie en -reconstructie een tepelhof tatoeage gehad. Na zeven jaar is deze tatoeage vervaagd. Drie specialisten, waaronder een hoogleraar van het plastisch chirurgisch team, hebben het belang van een nieuwe behandeling van de vervaagde tepelhof onderkend en geadviseerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de bevindingen van deze artsen echter naast zich neergelegd en de aanvraag afgewezen. Hij heeft hierbij verwezen naar de VAV Werkwijzer, maar hierin worden medische tatoeages niet besproken. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar inhoudelijk geen uitspraak gedaan over de vervaging van de tatoeage, en hoe dit zich verhoudt tot het begrip verminking. Verzoekster stelt voorts dat een medische aanpassing die aan vervaging toe is, doorgaans wordt vergoed. Het is inconsequent hiervan - juist in deze situatie - af te wijken.

Verder merkt verzoekster op dat de noodzaak van het maken en toezenden van een foto van haar borsten niet is onderbouwd en dat het verzoek hiertoe om die reden onethisch is. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar in de eerste beslissing niet had gerefereerd aan de foto's. In dat verband is het volgens verzoekster niet noodzakelijk om deze foto's op te vragen. Daarnaast gevraagd heeft verzoekster ter zitting verklaard dat voornoemd bezwaar inmiddels

is weggenomen nu het Zorginstituut in tweede instantie de foto's heeft meegewogen. Verzoekster heeft ter zitting benadrukt dat zij het vervagen van de tepelhof tatoeage wel als verminking ervaart. De beleving van haar vrouwelijkheid, lichamelijke integriteit en persoonlijke waardigheid zijn ten onrechte niet meegewogen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen omdat niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van een behandeling van plastisch chirurgische aard, met name die met betrekking tot het criterium 'verminking'.

De criteria die gelden voor een tepelhof tatoeage staan niet letterlijk in de VAV Werkwijzer. Daarom houdt de ziektekostenverzekeraar voor de beoordeling van deze aanvraag de algemene criteria van verminking aan. De ziektekostenverzekeraar beschouwt alleen 'geen tepel' als verminking. Op basis van de beschikbare informatie heeft de medische dienst van de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat in de situatie van verzoekster sprake is van een lichter geworden tatoeage en niet van het ontbreken van een tepel.

Om te kunnen beoordelen of aanspraak bestaat op een tepelhof tatoeage zijn foto's noodzakelijk. Wettelijk gezien mag een zorgverzekeraar foto's opvragen om tot een goede beoordeling van een aanvraag te komen. Ook in de polisvoorwaarden heeft de ziektekostenverzekeraar bepaald dat betrokkene moet meewerken aan een controle of onderzoek.

Overwegingen

- 6.4. De commissie overweegt dat op grond van het bepaalde op de pagina's 50 tot en met 52 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering aanspraak bestaat op behandeling van plastisch chirurgische aard. Hierbij geldt als voorwaarde dat een (verzekerings)indicatie in de vorm van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de voorwaarden aanwezig moet zijn. In dit geval spitst een en ander zich toe op de indicatie verminking.
- 6.5. 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 aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Een tepelhofreconstructie met behulp van tatoeage kan worden beschouwd als de chirurgische voltooiing van een mammae reconstructie en valt daarmee onder de aanspraak.

Met de oorspronkelijke tepelhof tatoeage was het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare resultaat bereikt. Als dit resultaat op termijn niet blijvend blijkt te zijn, ontstaat een nieuwe situatie. Er zal in dat geval opnieuw moeten worden beoordeeld of aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding ten laste van de zorgverzekering aan de hand van de geldende criteria. Het bijwerken van de tepelhof tatoeage komt voor vergoeding in aanmerking als sprake is van verminking ten gevolge van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

Zoals uit de adviezen van het Zorginstituut van 26 april 2021 en 17 mei 2021 blijkt, is de beoordeling van een verminking persoonsgebonden en primair van visuele aard. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom foto's opvragen bij verzoekster. In de polisvoorwaarden is onder punt 3, onder 52 van de 'algemene regels' van de zorgverzekering geregeld dat betrokkene in dat geval verplicht is informatie aan te leveren die de ziektekostenverzekeraar nodig heeft voor een onderzoek.

De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 26 april 2021 alsnog de foto's van verzoekster overgelegd. Uit de betreffende foto's blijkt dat de tatoeage van verzoekster duidelijk is vervaagd. Echter, de vervaging is niet zodanig dat de tepel niet is te

typeren of herkennen als tepel. Daarom is volgens het advies van het Zorginstituut in de situatie van verzoekster geen sprake van verminking in de zin van de regelgeving. De commissie ziet geen reden van dit advies af te wijken en neemt de conclusie over. De aanvraag op grond van de zorgverzekering is daarom terecht afgewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan het verzoek niet worden toegewezen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

- c. Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de VvAA app of onze website? **U moet de originele nota nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen u vragen ons het origineel toe te sturen.
 - d. Soms vergoedt VvAA aan een zorgverlener meer dan waarop de verzekering recht geeft. Dan gaat u ermee akkoord dat VvAA zelf het teveel betaalde terug vraagt van de zorgverlener.
44. **Wij kunnen nota's controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg wel heeft gekregen en nodig had.

Ik betaal premie

45. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekerden steeds vooraf betalen.** U kunt kiezen voor betalen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar.
46. **Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor de volgende 7 verzekeringen geen premie.**
- VvAA zorgverzekering Basis
 - VvAA student
 - VvAA start
 - VvAA plus
 - VvAA optimaal
 - VvAA zorg op reis
 - VvAA ontzorgplus

Voor Top en Excellent geldt een speciale kinderpremie. Die betaalt u voor maximaal 2 kinderen. U moet kinderen zelf aanmelden.

U gaat premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag. Dan bestaat ook geen recht meer op de kinderpremie.

47. **U betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan.** De basispremie en de kortingen staan in de premietabel. Korting krijgt u:
- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
 - als u een vrijwillig eigen risico kiest
 - als deelnemer aan de collectiviteit van Vereniging ONVZ
 - als u aan een andere collectiviteit deelneemt
48. Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een zorgverzekering Basis? Dan betaalt u bovenop de premie een toeslag van 50%. Behalve voor de Ontzorgplus. Daarvoor is de toeslag € 20 per maand.
- Woont u in het buitenland? Daar geldt soms een heffing of belasting op premie. Deze berekenen wij aan u door.
49. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.
50. U mag premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.
51. Tijdens detentie worden uw verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan uw zorg. Dit betekent dat u bij ons geen aanspraak kunt maken op vergoeding van zorg. U hoeft ons ook geen premie te betalen. U moet ons laten weten dat u in detentie zit, en voor welke periode. U moet ons ook laten weten wanneer u vrij bent gekomen.

Meewerken en informeren

52. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Dan moet u daar aan meewerken.** U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van uw behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt, of ons moet terugbetalen.
53. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven.** Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen waarvan wij op de hoogte moeten zijn om uw verzekering goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:
- u verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
 - u krijgt een ander bankrekeningnummer
 - u heeft een kind gekregen
 - u bent niet langer verplicht om een basisverzekering te hebben

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt de opname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Excellent en Zorg op reis moet u vooraf contact opnemen met onze Zorgconsulent.

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Plastische chirurgie is echter veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis⁴ heeft
2. verminkingen⁵ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslapte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltlespleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Zie hiervoor: www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering/voorwaarden-2020

⁴ Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

⁵ Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

De **aanvullende verzekeringen** Optimaal en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als de basisverzekering die niet vergoedt.

Optimaal vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Top en Excellent vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist², zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Dit wordt niet vergoed

- plastische chirurgie zonder medische noodzaak
- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie staat in het document plastische chirurgie³.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Student	Geen vergoeding
Start	Geen vergoeding
Plus	Geen vergoeding
Optimaal	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Top	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Excellent	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, KNO-arts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering - 030 639 64 00

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen moet u vooraf toestemming³ hebben gekregen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wachtlijst? Neem contact op met de Zorgconsulent

U kunt onze Zorgconsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de Zorgconsulent terecht.

Vruchtbaarheidsbehandelingen

Als het niet lukt om zwanger te worden.

Wat u vergoed krijgt

Blijft door een medische oorzaak een zwangerschap uit, maar heeft u wel een kinderwens? En bent u jonger dan 43 jaar?

Dan vergoedt de **basisverzekering**:

- medisch-specialistisch(e) onderzoek en behandeling
- kunstmatige inseminatie (ki) of intra-uteriene inseminatie (iui)
- in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi), inclusief het invriezen (cryopreserveren) van embryo's
- geneesmiddelen die daarbij nodig zijn

Voor ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

Dit wordt niet vergoed

- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Zie hiervoor: www.vvaa.nl/verzekeringen/zorgverzekering/voorwaarden-2020

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.

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.