

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg
Zaak : Medisch specialistische zorg, plastische chirurgie, dermolipectomie bovenarmen
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 202201767
Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 24 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 3 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 januari 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 31 januari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023000551) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 februari 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 31 januari 2023 aanpassing behoeft.
In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies de volgende vragen te beantwoorden:
 - (i) Kunt u ons duidelijkheid verschaffen wanneer sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis van de bovenarmen. In de VAV Werkwijzer wordt namelijk alleen gesproken over de bovenbenen. Met andere woorden wat zijn de criteria waaraan moet worden getoetst?
 - (ii) Kunnen voorts de door verzoekster beschreven, en ter zitting nader toegelichte, klachten als zodanig worden aangemerkt?
- 2.6. Bij brief van 17 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 april 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid en OHRA Gezond (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is ongeveer 60 kilo afgevallen, waardoor rond de bovenarmen veel loshangend vel is ontstaan. De behandelend plastisch chirurg heeft haar om die reden geadviseerd een dermolipectomie van de bovenarmen te laten uitvoeren. Verzoekster is hiermee akkoord gegaan, waarna de plastisch chirurg namens haar een aanvraag voor de behandeling heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 augustus 2022 aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde dermolipectomie van de bovenarmen niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 31 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 17 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde dermolipectomie van de bovenarmen moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster aangevoerd dat door het grote gewichtsverlies overhangend vel rond de bovenarmen is ontstaan, hetgeen veel (fysieke) klachten veroorzaakt. Eerder heeft de ziektekostenverzekeraar een borstlift vergoed, maar op de thans aangevraagde dermolipectomie van de bovenarmen is door hem afwijzend beslist. Dit terwijl verzoekster serieuze klachten heeft van het overhangende vel rond de bovenarmen. Deze klachten bestaan onder andere uit het niet goed kunnen uitvoeren van haar huishoudelijke taken en werkzaamheden in de tuin. Ook ervaart zij psychische klachten in de vorm van schaamte.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat dat zij veel last heeft van het loshangende vel. Bij activiteiten waarbij verzoekster haar armen lang omhoog moet houden, worden de armen zwaar. Pas na even uitgerust te hebben kan zij haar werkzaamheden vervolgen. Doordat de echtgenoot van verzoekster door zijn gezondheid minder moest gaan werken ziet verzoekster zich genoodzaakt eveneens een baan te zoeken. Omdat verzoekster geen opleiding heeft genoten zal dit een baan worden in bijvoorbeeld de schoonmaak. Dit is lichamelijk zwaar werk en is met het loshangend vel onmogelijk. Concreet betekent dit dat verzoekster eerst aan haar armen moet worden geholpen alvorens zij kan deelnemen aan het arbeidsproces.

4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een dermolpectomie van de bovenarmen een behandeling van plastisch-chirurgische aard is, die slechts in zeer beperkte gevallen voor vergoeding in aanmerking komt. Bij verzoekster is geen sprake van verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Uit de door verzoekster overgelegde foto's blijkt namelijk dat bij haar geen sprake is van een ernstig direct in het oog springende misvorming. Voor zover de plastisch chirurg van verzoekster stelt dat PRS graad 3 aan de orde is, geldt dat dit criterium niet van toepassing is bij de beoordeling van een correctie aan de bovenarmen. Voorts bestaat bij verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hiervan is sprake bij een ernstige bewegingsbeperking vanwege een forse omvang van de armen en dit speelt bij verzoekster niet.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat bij verzoekster geen verzekeringsindicatie aanwezig is.

5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 31 januari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"In verband met het beoordelen van een eventuele verminking moet worden opgemerkt dat de Pittsburgh Rating Scale in op[ge]zet niet ontwikkeld is voor de beoordeling van verminking, maar voor gebruik bij de preoperatieve planning van de juiste chirurgische behandeling en het evalueren van de resultaten. De Pittsburgh Rating Scale kan als hulpmiddel worden gebruikt bij de beoordeling van een aanvraag van bijvoorbeeld een lower body lift. In andere lichaamsgebieden, zoals die gebieden die bij een dermolpectomie van de bovenarmen worden geopereerd, is niet per definitie sprake van een verminking bij een huidoverschot Pittsburgh Rating Scale graad 3. Voor een dermolpectomie gelden de algemene criteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. Er moet sprake zijn van verminkingen of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals in het juridisch kader is omschreven.

Er is een status na bariatrische chirurgie, waarbij verzoekster 60kg is afgevallen. Het huidoverschot lijkt dan ook de restant van het afvallen. Verzoekster heeft acht duidelijke foto's aangeleverd van beide armen, vier in vooraanzicht en vier in achteraanzicht. Hierop is weliswaar een naar beneden hangend veloverschot aan de bovenarmen zichtbaar maar er is bij verzoekster geen sprake van verminking zoals bedoeld in de regelgeving.

Verder blijkt uit de informatie in het dossier niet dat sprake is van een aantoonbare functiestoornis van de bovenarmen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: verzoekster kan geen aanspraak maken op de vergoeding van een dermolpectomie van de bovenarmen ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 17 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

(...)

Naar aanleiding van uw vragen merkt het Zorginstituut het volgende op. In de Zorgverzekeringswet (Zvw) en in de daarop gebaseerde lagere regelgeving - het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) - is de omschrijving van het basispakket neergelegd. Op grond van artikel 2.4, lid 1, van het Bzv omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch-specialisten die plegen te bieden. In het eerste lid onder b is onder meer bepaald dat een behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder geneeskundige zorg valt indien die zorg strekt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

In de VAV werkwijzer zijn de wettelijke criteria voor vergoeding van een dermoliplectomie van de bovenbenen niet nader uitgewerkt. Hiervoor gelden de algemene criteria, verminkingen en aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Bij functiestoornissen moet het gaan om lichamelijke functiestoornissen van vrij ernstige aard gepaard gaande met bijvoorbeeld een ernstige bewegingsbeperking en om klachten die rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk.

In het geval van verzoekster zijn de vellen zichtbaar (uiterlijk), maar het zware gevoel in de armen na activiteit is niet objectief meetbaar (niet aantoonbaar). Daarnaast is er geen bewegingsbeperking gemeld door de behandelaar op het aanvraagformulier of aanwezig (geen functiestoornissen). Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is derhalve niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van het Bzv."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 8.2. De namens verzoekster aangevraagde dermoliplectomie van de bovenarmen is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch- chirurgische aard, zoals blijkt uit artikel B.4.5. van de verzekeringsvoorwaarden. Bij de beoordeling van de aanvraag wordt uitgegaan van de algemene criteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, te weten dat sprake moet zijn van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van

verminking (ernstige misvorming van een lichaamsdeel). Dit blijkt uit artikel 5 van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard (2019)' van de Vereniging voor artsen volksgezondheid (VAV), die in situaties als deze als richtlijn wordt gehanteerd en waarbij de commissie voor de beoordeling aansluit.

De stelling van verzoekster dat - in afwijking hiervan - voor de beoordeling of sprake is van verminking dient te worden uitgegaan van de Pittsburg Rating Scale wordt door de commissie gepasseerd, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 31 januari 2023, waarin wordt geconcludeerd dat dit voor deze behandeling niet de juiste maatstaf is. Dat de behandelend plastisch chirurg dit criterium heeft gehanteerd bij de aanvraag maakt niet dat hiermee een juiste invulling is gegeven aan het begrip verminking. Op de beoordeling aan de hand van dit begrip komt de commissie in het onderstaande nog terug.

- 8.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan, als het gaat om een dermolipectomie van de bovenarmen, worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is bijvoorbeeld sprake indien betrokkene door de forse omvang van de armen deze niet meer goed kan bewegen. Het Zorginstituut concludeert aan de hand van de overgelegde foto's dat dit bij verzoekster niet aan de orde is. De commissie neemt die conclusie over. De door verzoekster omschreven beperkingen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken en het verrichten van werkzaamheden in de tuin voldoen niet aan bedoeld criterium. De commissie merkt hierbij op dat de wetgever een beperkte invulling heeft willen geven aan het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een en ander leidt tot de conclusie dat bij verzoekster voor de aangevraagde dermolipectomie van de bovenarmen een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis ontbreekt.
- 8.4. 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. Gezien de door verzoekster ingestuurde foto's kan van verminking in bovenvermelde zin niet worden gesproken.
- De door verzoekster aangevoerde psychische klachten in de vorm van schaamte vormen - hoe naar dit ook is - geen verzekeringsindicatie voor een behandeling van plastisch chirurgische aard. Gelet op het voorgaande voldoet verzoekster niet aan de eisen met betrekking tot de verzekeringsindicatie zoals genoemd in artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarom heeft zij geen aanspraak op een dermolipectomie van de bovenarmen, ten laste van de zorgverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar een eerdere aanvraag voor een andere behandeling, namelijk een borstlift, wel heeft goedgekeurd, is in dit verband niet relevant, en kan dan ook niet leiden tot een andere uitkomst.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 mei 2023,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 veertien 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°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 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 gehemertespleten, 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.

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 gehemeltespelen;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
 - u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om

klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.

- Laserbehandeling:
 - deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
 - u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte door-gankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Indien een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing. Zie hiervoor artikel B.4.2.

Zorgverlener

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

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

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.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag. Deze worden veroorzaakt door:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel

die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte. Er wordt gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor een revalidatiebehandeling zonder opname.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op (vergoeding van) deze zorg.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe multimorbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

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.

Voorwaarden

Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2., en gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake