

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Plastische chirurgie, lipofilling van de borst, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 en 2.2. Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202101547
Zittingsdatum : 23 februari 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 24 juli 2021 heeft verzoekster de SKGZ ervan op de hoogte gebracht dat zij een klacht heeft tegen de ziektekostenverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster op 18 augustus 2021 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Hierop heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) bij brief van 30 augustus 2021 gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 5 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 21 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 december 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 24 januari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021051080) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 januari 2022 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 23 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld de mogelijkheid van een eventuele coulantevergoeding te onderzoeken. Bij brief van 9 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd dat voor deze beoordeling nadere informatie nodig is van de behandelend plastisch chirurg. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie, bij brief van 11 mei 2022, meegedeeld dat de behandelend plastisch chirurg langere tijd afwezig is. Genoemde brieven zijn ter kennisname aan verzoekster gezonden. In de begeleidende brief heeft de commissie vermeld dat de procedure naar de stand van dat moment wordt voortgezet.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de reacties van de ziektekostenverzekeraar van 9 en 11 mei 2022 zijn op 18 mei 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 januari 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 23 mei 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te

reageren. Bij brief van 2 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie hiervan is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ZieZo Aanvullend 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster kampt met problemen met haar borsten. De grootte van beide borsten is verschillend en daarnaast ontbreekt bij beide borsten de onderplooï. Volgens de behandelend plastisch chirurg kan het verschil in grootte het best worden behandeld door middel van lipofilling. Verzoekster is hiermee akkoord gegaan, waarna de behandelend plastisch chirurg op 21 mei 2021 namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend voor een behandeling met autologe lipofilling van de linkerborst. Op 27 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde ingreep niet wordt verstrekt.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 mei 2021 en 9 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. De behandelend plastisch chirurg heeft op 23 juni 2021, 14 oktober 2021 en 1 november 2021 verklaringen afgelegd waarom verzoekster volgens hem is aangewezen op de aangevraagde behandeling.
- 3.5. Bij brief van 24 januari 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Stand van de wetenschap en praktijk

Lipofilling voor de gehele borst behoort (nog) niet tot de stand van de wetenschap en praktijk in tegenstelling tot een borstprothese. Er loopt wel een trial (de BREAST-II trial, zie www.thebreasttrial.com) die behandeling met lipofilling van de gehele borst vergelijkt met plaatsing van een prothese (wel behorend tot de stand van de wetenschap en praktijk). De resultaten worden medio 2022 verwacht. Bij positieve resultaten wordt een voorwaardelijke toelating in het basispakket definitief.

Indicatie

Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor een behandeling van lipofilling. De behandeling komt voor vergoeding in aanmerking op het moment dat er sprake is van partiële defecten van de borst, dat wil zeggen defecten die niet groter zijn dan één kwadrant van de borst. Dit houdt in dat als er al een defect zou moeten worden opgevuld met lipofilling, dit niet groter mag zijn dan een kwadrant van de borst. In geval van verzoekster betreft het echter de gehele borst.

Borstprothese

Het zorginstituut merkt verder op dat verweerder in het dossier aangeeft dat verzoekster niet voldoet aan de vereisten voor vergoeding voor het plaatsen van een borstprothese. Om in aanmerking te komen voor vergoeding voor het plaatsen van een borstprothese moet er sprake zijn van verminking. Hieronder wordt verstaan agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen. Bij verzoekster is echter geen feitelijke agenesie aanwezig. Weliswaar is de submammillaire plooi afwezig, maar het klierweefsel is meer dan één cm dik.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie kan geconcludeerd worden dat verzoekster niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor autologe lipofilling.

Daarnaast behoort lipofilling voor de gehele borst (nog) niet tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor autologe lipofilling en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Daarnaast behoort lipofilling voor de gehele borst niet tot de stand van de wetenschap en praktijk."

- 3.6. Bij brief van 23 mei 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn definitief advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Definitief advies

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.

Hoorzitting

Tijdens de hoorzitting is het volgende naar voren gekomen:

'Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat er momenteel een studie loopt of lipofilling van de borst voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Naar verwachting is deze studie in het voorjaar van 2022 afgerond, maar het is voor verzoekster geen optie om hier op te wachten'

Hierbij dient te worden opgemerkt dat de studie waar naar verwezen wordt alleen betrekking heeft op "lipofilling als borstreconstructie na mamma-amputatie bij (preventie van) borstkanker".

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde behandeling met lipofilling van de linkerborst te verstrekken of te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 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. Dit blijkt uit artikel A.18 van de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de stand van de wetenschap en praktijk en 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster voert aan dat zij kampt met een forse asymmetrie van haar borsten. Rechts heeft zij een D-cup en links een B-cup. Daarnaast hebben beide borsten geen onderplooï. Aldus bestaat een verschil in cupmaat van ten minste twee. Deze forse asymmetrie veroorzaakt bij verzoekster in toenemende mate psychische problemen. Dit uit zich in vermijgend gedrag en afname van

sociale contacten. Volgens de behandelend plastisch chirurg kan het verschil in cupmaat worden verholpen door middel van een of meer behandelingen met autologe lipofilling. Zodra dit verschil is opgeheven, zal de rechterborst worden gelijkt zodat beide borsten weer gelijk zijn.

Tot grote teleurstelling van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvraag voor lipofilling van de linkerborst afgewezen. Als alternatief stelt de ziektekostenverzekeraar voor om de rechterborst te verkleinen. Dit laatste is voor verzoekster geen optie omdat zij dan nog steeds de onderkant van beide borsten mist en de ongelijkheid tussen de verschillende borsten blijft bestaan. Wat de teleurstelling nog groter maakt is dat de ziektekostenverzekeraar alleen op basis van de toegestuurde foto's heeft geoordeeld. Haar verzoek te worden opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat een aanvraag is ingediend voor autologe vettransplantatie (lipofilling) van de borst. Hiertoe geldt dat AFT bij een borstreconstructie na borstkanker voorwaardelijk is toegelaten. Dit speelt bij verzoekster niet. Bij haar bestaat asymmetrie van de borsten. De ziektekostenverzekeraar betwijfelt of er sprake is van cup B en cup D en merkt op dat dit lastig is te beoordelen op basis van de foto's. Indien wordt aangenomen dat de benoemde cupmaten kloppen, is er volgens de ziektekostenverzekeraar conform de VAV-werkwijzer plastische chirurgie sprake van verminking. Vervolgens is het de vraag of lipofilling dan een effectieve behandeling is om deze verminking te verhelpen. In de VAV-werkwijzer plastische chirurgie is vermeld dat defecten die groter zijn dan een kwadrant van de borst niet in aanmerking komen voor lipofilling. Bij dergelijk grote defecten is er onvoldoende bewijs dat lipofilling een effectieve behandeling op de lange termijn is. Het is in die gevallen dus niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. De psychische- en sociale aspecten worden bij de beoordeling niet meegewogen omdat dit geen criteria zijn.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.4. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de door verzoekster gewenste ingreep, te weten autologe vet transplantatie (AFT) van de gehele borst, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 6.5. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.6. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend voor de commissie. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 6.7. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot AFT van de gehele borst. Het advies van 24 januari 2022 bevat de uitkomst hiervan. De conclusie van het Zorginstituut is dat AFT van de gehele borst (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Weliswaar loopt er een trial (de BREAST-II trial, zie www.thebreasttrial.com) die behandeling met lipofilling van de gehele borst vergelijkt met plaatsing van een prothese (wel behorend tot de stand van de wetenschap en praktijk), maar de resultaten van dit onderzoek worden pas medio 2022 verwacht. Bovendien heeft deze studie alleen betrekking op lipofilling als borstreconstructie na mamma-amputatie bij (preventie van) borstkanker.
- De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is aangevoerd geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt dit dan ook. Dit betekent dat er thans geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Aan de vraag of bij verzoekster een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking aanwezig is - psychische klachten of een sociale problematiek vallen hier overigens niet onder - wordt om die reden niet toegekomen.

Coulance

- 6.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard bereid te zijn de mogelijkheid van een eventuele coulancevergoeding te onderzoeken. Uit de na afloop van de hoorzitting aan de commissie gestuurde stukken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor nadere informatie nodig heeft van de behandelend plastisch chirurg, die echter langere tijd afwezig is. Aangezien de commissie ten aanzien van een eventuele coulancevergoeding niet bevoegd is, zodat aanhouding van de behandeling niet zinvol is, volstaat zij met de kanttekening dat de ziektekostenverzekeraar ook na het uitbrengen van dit bindend advies de mogelijkheid hiertoe nog verder kan onderzoeken, en dat zij ervan uitgaat dat dit ook gebeurt.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juni 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 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;

(...)

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde- en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 Geen recht op zorg als gevolg van bijzondere situaties in Nederland

U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

B.25 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 gehemeltespelten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslakte 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 [B.30](#).

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. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website.

Selectieve contractering ZieZo Selectief

Let op!

Heeft u de ZieZo Selectief? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.3 Selectieve contractering medisch specialistische zorg \(ZieZo Selectief\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de ZieZo Selectief een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website.