



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, IMSR, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202001910

Zittingsdatum : 28 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

(i) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
(ii) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 18 november 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 februari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 februari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 25 maart 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021007756) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting, op 7 april 2021 aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft op 25 april 2021 per brief op het desbetreffende advies gereageerd. Een kopie hiervan is op 28 april 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 april 2021 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op de reactie van verzoekster van 25 april 2021. Op 4 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is aan verzoekster gezonden waarna zij op 15 mei 2021 per brief heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De reacties van 25 april 2021, 4 mei 2021 en 15 mei 2021 zijn op 17 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een definitief advies uit te brengen. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 20 mei 2021 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 mei 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar en verzoekster hebben op respectievelijk 25 mei 2021 en 31 mei 2021 op het desbetreffende advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de respectieve wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend FC*** en Aanvullend Tand* (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster is in februari 2019 bevallen. Aan deze bevalling heeft verzoekster een hernia overgehouden waardoor zij functioneel verlamd raakte. Voor de ontstane klachten is verzoekster behandeld door (meerdere) bekkenfysiotherapeuten, gynaecologen, en een orthopeed. Omdat de klachten niet over gingen, heeft de revalidatiearts verzoekster verwezen voor een medisch specialistisch revalidatietraject.

3.3. De behandelend revalidatiearts heeft op 21 april 2020 per brief het volgende over verzoekster verklaard:

"Diagnose:

Persisterende bekkenklachten na partus.

(...)

Anamnese:

Patiënte vertelt een goede zwangerschap te hebben doorgemaakt, had geen last van bekken. Postpartum geen bijzonderheden tot zij 4 weken na de bevalling uitstralingspijn en verlamningsverschijnselen van het linker been kreeg. Bleek op een HNP te berusten. Hiervoor geopereerd in mei 2019. Het herstel na de hernia verliep de eerste weken redelijk, begin augustus echter hinderden bekkenklachten haar in de verdere opbouw.

Huidige klachten:

Patiënte heeft zowel rugklachten na inspanning als bekkenklachten. Uitstraling been grotendeels maar nog niet helemaal weg. Heeft nog het gevoel alsof het hoofdje van haar baby nog staat. Tillen is moeilijk, kan dochter nog niet tillen, met name door gevoel van zwakte in de rug maar ook door eerder genoemde bekkenklachten. Pijn rond de symfyse. De klachten zijn wel iets minder dan vorig jaar maar wordt er nog wel door beperkt.

Eerdere behandelingen:

Bekkenfysiotherapeut [naam]. Vaak behandeld, verschillende dingen geprobeerd. Behandeling verzakking, tens. pijnpuntbehandeling met triggerpen. Heeft gezegd dat er misschien sprake is van een asymmetrische spanning op het schaambeent en wil daar verder op behandelen. Heeft inwendige onderzoeken bij de gynaecoloog gehad maar bij haar weten geen echografisch onderzoek naar de coördinatie van de bekkenbodemmusculatuur."

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 juli 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat geen aanspraak bestaat op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 5 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 24 augustus 2020 heeft de revalidatiearts per brief het volgende over verzoekster verklaard:

"[Naam verzoekster] is bij mij bekend met aanhoudende klachten van bekken en rug na partus en HNPoperatie in mei 2019, leidend tot beperkingen ten aanzien van moederrol en arbeid, waarbij zij al langere tijd deels in de ziektewet zit.

Er zijn veel therapieën in de eerste lijn ingezet, waaronder bekkenbodempfysotherapie, TENS. triggerpointbehandeling, zonder duurzaam effect.

Ik heb haar doorverwezen naar het spine and joint centre in Rotterdam. Met enige verbazing verneem ik van patiënte dat u haar verzoek tot vergoeding van deze behandeling heeft afgewezen. Ik hoop u duidelijk te kunnen maken dat over deze verwijzing goed is nagedacht.

De hulpvraag van patiënte is om haar bekkenklachten op een duurzame manier te verminderen. Gezien de locatie van de klachten in combinatie met het feit dat de eerstelijnsbehandelingen

onvoldoende hebben geholpen, is de meest doelmatige vervolgstap mijns inziens behandeling bij het Spine and Joint centre. Dit omdat dit een expertisecentrum voor aanhoudende bekkenklachten is en ze een behandeling op stoornisniveau leveren die ik mevrouw niet kan bieden. Ik heb hier goede ervaringen mee. Daarom denk ik dat deze behandeling doelmatiger (en goedkoper) is dan poliklinische revalidatie alhier. Ik heb geen aanwijzingen voor een indicatie voor psychologische behandeling in de eerste lijn en denk niet dat dit patiënte verder gaat helpen."

3.7. Op 25 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende geconcludeerd:

"Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoek[st]er een (verzekerings)indicatie heeft voor IMSR. Er is niet voldaan aan het 'stepped care' principe en uit het dossier blijkt niet dat sprake is van zodanige complexe en samenhangende problematiek dat ISMR aangewezen is. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de behandeling ten laste van de basisverzekering."

3.8. Op 20 mei 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Naar aanleiding van de ontvangen informatie merkt het Zorginstituut het volgende op. De complexiteit van een chronisch pijnprobleem wordt in de revalidatiegeneeskunde omschreven met behulp van de zogenaamde WPNclassificatie (WPN staat voor Werkgroep Pijn Nederland), waarbij WPN-1 en 2 een te laag niveau van complexiteit aangeven en vanaf WPN-niveau 3 een indicatie voor medisch specialistische revalidatie (MSR) kan ontstaan. In het Position Paper van de Werkgroep Pijnrevalidatie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) wordt dit als volgt omschreven: "Bij patiënten met WPN-niveau 3 en 4 is er sprake van onderhoudende psychosociale factoren. De impact daarvan op het niveau van functioneren is bij patiënten met WPN-3 niveau minder (matige tot ernstige impact) dan bij patiënten met WPN-4 niveau (zeer ernstige impact). Patiënten met classificatie WPN-niveau 3 en WPN-4 behoeven specialistische revalidatiezorg en dus is een verwijzing naar de revalidatiearts aangewezen. Bij patiënten met WPN-niveau 3 en 4 kan er een indicatie zijn voor een behandeling door een revalidatieteam waaraan specifieke deskundigheidseisen worden gesteld".

De WPN-niveaus worden ook benoemd in de update van het Behandelkader Chronische pijn van de VRA. Dit betekent dat er wel sprake moet zijn van onderhoudende psychosociale factoren en doorgaans ook dat conform het stepped care model daarop gerichte zorg in de eerste lijn moet zijn toegepast, alvorens er sprake kan zijn van een indicatie voor MSR. Bij verzoekster is geen sprake van psychosociale factoren en hierop is ook geen eerstelijns behandeling gericht geweest. De behandelingen die in het overzicht van verzoekster benoemd worden zijn voor een deel geen eerstelijns behandelingen (gynaecoloog, radioloog, orthopeed, hernia-operatie, pijnpoli, revalidatiearts), of zijn interventies die (doorgaans) worden toegepast door een fysio- en oefentherapeut, soms met aanvullende specialisatie (fysiotherapie, manuele therapie, dry needling, bekkenfysiotherapie). Er is geen sprake van multidisciplinaire eerstelijns behandeling die relevant is voor het stepped care model."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alsnog aan haar te vergoeden.

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 de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische revalidatie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering


- 6.2. Verzoekster heeft naar voren gebracht dat zij na haar bevalling en de daaropvolgende herniaoperatie zeer beperkt was. Door de (pijn)klachten kon zij niet ver lopen, tillen, voor haar dochter zorgen, lang staan en zitten, en sporten, terwijl zij het huishouden maar beperkt kon doen. Talloze behandelingen bij verschillende specialisten hadden niet het gewenste resultaat, waardoor zij volgens de revalidatiearts was aangewezen op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Inmiddels is het revalidatietraject grotendeels afgerond en zijn voornoemde klachten sterk afgenomen. Anders dan ziektekostenverzekeraar stelt, is hierbij het beginsel van 'stepped care' wél gevolgd. Dit nadat andere behandelingen in de eerste lijn geen meerwaarde (meer) bleken te hebben. Dat naast lichamelijke klachten sprake moet zijn van psychische problematiek blijkt niet uit de voorwaarden van de zorgverzekering. Daar komt bij dat verzoekster van andere verzekerden heeft vernomen dat andere zorgverzekeraars de behandeling in de kliniek wel vergoeden. De ziektekostenverzekeraar lijkt op dit punt een afwijkend beleid te voeren.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van een reeds uitgevoerd revalidatietraject in verband met bekkenklachten. Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatiezorg (IMSR) voor de indicatie 'chronische pijn of een psychische stoornis' is echter een niet wetenschappelijk bewezen effectieve interventie ten opzichte van de zorg die in de eerste lijn kan plaatsvinden. Alleen als aan specifieke voorwaarden wordt voldaan bestaat aanspraak op IMSR bij deze indicatie. Om hiervoor in aanmerking te komen:
- (i) moeten de uitgangspunten van 'stepped care' in acht zijn genomen,
 - (ii) moet sprake zijn van een hoog-complexe samenhangende problematiek, waarbij de behandeling in de eerste lijn geen effect heeft gehad, en
 - (iii) moet een samenloop bestaan van lichamelijke klachten met psychologische klachten.
- Uit de door verzoekster opgestuurde verwijzing blijkt dat alleen sprake is van bekkenklachten en dat er geen psychische klachten zijn. Als er geen indicatie is voor psychologische begeleiding dan is IMSR niet aangewezen. Daarnaast is niet gebleken dat de regels van 'stepped care' zijn gevolgd.
- 6.4. De commissie overweegt het volgende. Op basis van artikel B.27 van de voorwaarden van zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch-specialistische revalidatie. In artikel 1.2 is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op de verzekerde zorg indien betrokkene hierop gezien zijn indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 25 maart 2021 en definitief advies van 20 mei 2021 vastgesteld dat niet is aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een indicatie voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit omdat uit de beschikbare informatie niet is op te maken dat een complexe samenhangende problematiek bestaat op meerdere ICF-domeinen (International Classification of Functioning, Disability and Health) van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Bij verzoekster betreft het vooral fysieke klachten die beperkingen en partiële arbeidsongeschiktheid hebben veroorzaakt. Er is echter geen problematiek op andere domeinen, met name psychische problematiek, vastgesteld. Tevens werd voorafgaand aan de revalidatiebehandeling geen 'stepped care'-traject met eerstelijns interventies doorlopen. De behandelingen die in het overzicht van verzoekster benoemd worden zijn voor een deel geen eerstelijns behandelingen, of zijn interventies die (doorgaans) worden toegepast door een fysio- en oefentherapeut. Er is geen indicatie voor psychologische behandeling gesteld. Ook zijn er geen andere zorgverleners, zoals een ergotherapeut, betrokken geweest bij de behandeling. Het Zorginstituut concludeert daarom dat het verzoek moet worden afgewezen.




De commissie ziet in de reactie van verzoekster van 31 mei 2021 geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt de conclusie van het Zorginstituut over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op medisch-specialistische revalidatie ten laste van de zorgverzekering.



Aanvullende ziektekostenverzekering




6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor medisch specialistische revalidatie, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.




6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.


7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 14 juni 2021,



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.
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°. 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.

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.

Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:
a kiezen van de donor;
b operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
c onderzoeken, preserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

a zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;
b vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
c vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op! Verblifskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

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 Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

B.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 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.31.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

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

B.27 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (27.1) en geriatrische revalidatie (27.2).

27.1 Medisch specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

a stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;

b een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen, heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;

2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;

b eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject;

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

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 A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner 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.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

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

27.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening, sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

