

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, verwijderen borstprothese, borstreconstructie
door middel van LD-flap, zonder prothese

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 en 2.2 Rzv

Zaaknummer : 202201929

Zittingsdatum : 5 juli 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 14 maart 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 5 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 mei 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023018788) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 juni 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 juli 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 juli 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 juni 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 juli 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Zorg* en Aanvullend Tand* (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Namens verzoekster is op 20 oktober 2022 een machtigingsaanvraag ingediend voor een 'mammareconstructie door middel van een LD-flap, zonder prothese'.

- 3.3. Bij brief van 3 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 13 juli 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 aanvraag voor vergoeding van verwijdering van de borstprothese in combinatie met de borstreconstructie door middel van een LD-flap, zonder prothese alsnog wordt goedgekeurd.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij in 2009, in verband met twee tumoren, haar rechterborst heeft moeten laten amputeren. In 2016 heeft zij een borstreconstructie ondergaan, waarbij in de rechterborst een siliconen prothese is geplaatst. Verzoekster heeft al lange tijd veel pijn aan en onder haar rechterborst. Zij heeft verschillende keren een infectie gehad die door haar huisarts is behandeld. Er is bij verzoekster een echo van de borst gemaakt, maar daarop was niets afwijkends te zien. Zij blijft echter veel pijn en last houden en volgens haar is de prothese hiervan de oorzaak. De behandelend plastisch chirurg heeft verzoekster geadviseerd de siliconen prothese te laten verwijderen. In verband met haar klachten wenst zij te worden gezien door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Deze weigert echter een spreekuurbezoek te plannen. Verzoekster wijst er op dat zij intussen nierproblemen heeft gekregen en daar voor onder behandeling is bij een internist.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het niet om haar uiterlijk gaat, maar dat zij van haar pijnklachten af wil. Zij heeft met verschillende artsen het ASIA-syndroom besproken, maar volgens haar internist is het lastig om dit te onderzoeken en vast te stellen. Verzoekster had een afspraak voor de ingreep bij de plastisch chirurg, maar kort daarvoor heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen. De ingreep is vervolgens niet uitgevoerd.
- 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 bij verzoekster geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis en/of verminking zoals bedoeld in de regelgeving. Hij verwijst hiervoor naar artikel B.23 'Plastische chirurgie' van de verzekeringsvoorwaarden en naar de uitwerking hiervan in de 'VAV werkwijzer Beoordeling Behandelingen van Plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid, versie 2021 (hierna: VAV werkwijzer). De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat de behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat bij verzoekster sprake is van kapselvorming Baker-klasse III. De omschrijving van haar (pijn)klachten aan de borst, zonder dat dit in relatie staat met kapselvorming Baker-klasse IV, vormt geen indicatie voor het verwijderen van de borstprothese. Ook heeft de plaatsgevonden echo geen ruptuur of lekkage van de prothese aangetoond. De

ziekttekostenverzekeraar heeft het om deze redenen niet nodig gevonden verzoekster uit te nodigen voor een spreekuurbezoek bij de medisch adviseur.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat ingeval van verdenking op het ASIA-syndroom, een nieuwe aanvraag met een brief van de behandelend internist kan worden ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geen nieuwe aanvraag ontvangen.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat bij de beoordeling gebruik is gemaakt van de VAV-werkwijzer. Bij verzoekster is geen sprake van een lichamelijke functiestoornis of verminking. Daarnaast bestaat op dit moment geen bewijs voor een oorzakelijk verband tussen de aanwezigheid van de siliconenprothese en de pijnklachten. Een internist of immunoloog zou het een en ander kunnen onderbouwen. Daarmee kan een nieuwe aanvraag worden ingediend. De aanvraag die nu voorligt geeft geen aanleiding de gevraagde ingreep te vergoeden. Het Zorginstituut komt tot dezelfde conclusie.
- 5.4. 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 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzoekster heeft een siliconen borstprothese na een gemodificeerde radicale mastectomie vanwege mammacarcinoom. Op basis van de beschikbare medische informatie in het dossier komt verzoekster niet in aanmerking voor vervanging van de borstprothese door een borstreconstructie met LD-flap, omdat niet is gebleken dat zij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis heeft en dat sprake is van een medische noodzaak voor het verwijderen van de borstprothese. Verzoekster heeft weliswaar klachten van de rechterborst, maar geen kapselvorming Baker-klasse IV. Uit het aanvraagformulier blijkt verder niet dat sprake is van lekkage van de siliconen borstprothese of van aanhoudende systemische klachten waarvan alle mogelijke andere oorzaken zijn uitgesloten.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en een medische noodzaak voor het verwijderen van de borstprothese. Verzoekster voldoet daarom niet aan de voorwaarden voor vergoeding van de kosten van een verwijdering van de borstprothese gevolgd door een borstreconstructie met een LD-flap.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor een mamma-reconstructie door middel van een LD-flap, (latissimus dorsi flap, rugspier flap), zonder prothese, omdat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en een medische noodzaak voor het verwijderen van de borstprothese. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een vergoeding van de kosten van deze ingreep (...)."

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 18.4 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 behandelingen van plastisch-chirurgische aard 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 zorgverzekering biedt onder bepaalde voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Volgens artikel B.23 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering moet sprake zijn 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. Dit is gebaseerd op artikel 2.4, eerste lid, sub b Bzv.

Lichamelijke functiestoornis

- 8.3. Voor de beoordeling van een lichamelijke functiestoornis wordt de VAV werkwijzer als richtlijn gebruikt door zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut. De commissie sluit zich hierbij aan. De aangevraagde behandeling betreft het verwijderen van de rechter borstprothese, waarbij normaliter een nieuwe prothese wordt teruggeplaatst. Verzoekster wenst hiervan echter af te zien. In het onderdeel van de VAV werkwijzer dat ziet op vervanging van de borstprothese wordt toegelicht dat in geval van een medische reden tot verwijdering van (een) borstprothese(n), moet worden getoetst aan het onderdeel 'borstprothese(n) verwijderen'. In de VAV werkwijzer is vermeld dat, ten aanzien van het verwijderen van (een) borstprothese(n), sprake is van een lichamelijke functiestoornis in geval van:
- i) een ruptuur of lekkage van een siliconenprothese, welke aangetoond is door een mammografie/echo/MRI, of
 - ii) kapselvorming Baker-klasse IV (alleen bij klasse IV is er sprake van (ernstige) pijnklachten), of
 - iii) een persisterende/recidiverende infectie door de aanwezigheid van de prothese, welke niet reageert op andere behandelingen zoals antibiotica, of
 - iv) interferentie met de behandeling van borstkanker door aanwezigheid van een borstprothese, of
 - v) een borstimplantaat geassocieerd anaplastisch grootcellig T-cel lymfoom (BIA-ALCL), aangetoond door middel van pathologisch anatomisch onderzoek met cytologische punctie of histologisch biopt
 - vi) bij ernstige en aanhoudende systematische klachten, waarbij andere mogelijke oorzakelijke factoren voor deze klachten, anders dan de borstprothesen, door uitgebreid internistisch onderzoek zijn uitgesloten en er geen andere behandelmogelijkheden meer zijn dan verwijdering van de borstprothesen. Een causale relatie tussen de aanwezigheid van een borstprothese en dit soort klachten is niet wetenschappelijk aangetoond.
- 8.4. De commissie overweegt dat verzoekster een echo heeft gehad, maar dat daarop niets afwijkends, zoals een ruptuur of lekkage, was te zien. Voorts heeft de behandelend plastisch chirurg in de aanvraag verklaard dat bij verzoekster sprake is van kapselvorming Baker-klasse III. Verder heeft verzoekster volgens haar verklaring eerder last gehad van infecties, maar blijkbaar zijn deze met succes door de huisarts behandeld. Van de overige criteria voor een lichamelijke functiestoornis is bij verzoekster niet gebleken. Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van een lichamelijke functiestoornis.

Verminking

- 8.5. Daarnaast kan aanspraak bestaan op een behandeling van plastisch chirurgische aard als sprake is van verminking. In de VAV werkwijzer is toegelicht dat verminking aan de orde is in geval van:
- verminkingen van de handen door reumatoïde artritis,
 - misvormingen door verlammingen van de aangezichtszenuw,
 - misvormingen door brandwonden,
 - replantatie van ledematen,
 - reconstructie van geamputeerde ledematen of
 - geamputeerde mammae.
- Verzoekster heeft weliswaar in 2009 haar rechterborst moeten laten amputeren, maar zij heeft een aantal jaren later - in 2016 - een siliconen borstprothese laten plaatsen. Van verminking kan in het kader van de verwijdering van deze prothese, niet worden gesproken.
- 8.6. Gelet op het voorgaande werd de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar terecht afgewezen.
- 8.7. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij niet is uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De commissie begrijpt haar wens voor dit spreekuur, maar kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn redenering dat een spreekuur bij de medisch adviseur niet nodig was. De behandelend plastisch chirurg verklaarde namelijk in de aanvraag dat sprake is van Baker-klasse III en daarbij toonde de echo geen ruptuur of lekkage van de silicone prothese. Daarnaast voert verzoekster ook aan dat zij intussen nierproblemen heeft gekregen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster hierover bezorgd is, is op dit moment niet aangetoond dat er een direct verband bestaat tussen de nierproblemen en de aanwezigheid van de silicone prothese.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juli 2023

H.A.J. Kroon

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

Regeling zorgverzekering

§ 1.1. Geneeskundige zorg

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. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging 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;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Artikel 2.2

1. De zorg, bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat tevens:

- a. tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg;
- b. tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg.
- c. van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvlloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur- voor de behandeling de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg;
- d. van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg;
- e. van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg;
- f. van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a, naar deze zorg;
- g. van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a, naar deze zorg;
- h. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of

- Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a, naar deze zorg;
- i. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a, naar deze zorg;
 - j. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a, naar deze zorg;
 - k. van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a, naar deze zorg;
 - l. in afwijking van artikel 2.1, onderdeel k, juncto bijlage 0, onderdeel 6, van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg;
 - m. in afwijking van artikel 2.1, onderdeel k, juncto bijlage 0, onderdeel 25, tot 1 januari 2025. larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg;
 - n. tot 1 januari 2025, entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg.
- 2.** De zorg, bedoeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering, omvat tot 1 augustus 2022 tevens fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die gericht is op de directe herstellende zorg van patiënten met ernstige COVID-19, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het vijfde lid naar deze zorg en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening of, indien het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, bereid is daaraan deel te nemen.
- 3.** De zorg, bedoeld in het tweede lid, vangt aan binnen een termijn van een maand na een uiterlijk 6 maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 afgegeven verwijzing en omvat naast logopedie:
- a. na verwijzing door de huisarts of medisch specialist ten hoogste vijftig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, tien uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek gedurende ten hoogste zes maanden na de eerste behandeling;
 - b. na verwijzing door de huisarts of medisch specialist ten hoogste vijftig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, tien uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek gedurende ten hoogste nog eens zes maanden in aansluiting op de periode, bedoeld in onderdeel a.
- 4.** Indien de zorg aanvangt voor 1 november 2020:
- a. is de termijn, bedoeld in de aanhef van het derde lid, niet van toepassing en
 - b. volstaat in afwijking van het derde lid, onderdeel a, een na aanvang van de zorg gegeven verklaring van de huisarts of medisch specialist indien geen verwijzing is afgegeven.
- 5.** Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:
- a. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en
 - b. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 - 1°. de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
 - 2°. de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of

3°. de verzekerde heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor die verzekerde is voltooid.

Artikel 2.3

[Vervallen per 01-01-2013]

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 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.

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.

Voorwaarden voor het recht op deze zorg

1. 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 voor de transplantatie. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner.
2. Voor het vervoer van de donor moeten wij u toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54.

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 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 zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.23 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 verslaptte 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 transeksualiteit (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.28](#).

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 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 [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

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 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://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.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([24.1](#)) en geriatrische revalidatie ([24.2](#)).

24.1 Medische 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 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 [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

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 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).