



# 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, plastische chirurgie, haartransplantatie bij alopecia androgenetica

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden  
aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000145

Zittingsdatum : 20 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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. Op 1 juli 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 3 november 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 30 november 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020047416) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 30 december 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 januari 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 21 januari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Eveneens op 21 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend\*\*\*, Aanvullend Tand\*\* en Extra Aanvullend B (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 5 juli 2013 heeft de haarwerkspecialist het volgende over verzoekster verklaard:
- "[naam verzoekster] lijdt aan de erfelijke vorm van kaalheid, namelijk alopecia androgenetica. Zij wil graag een oplossing voor deze beginnende kaalheid in de vorm van aanschaf van een haaraanvulling.  
Een haaraanvulling is een kostbare zaak.  
Volgens de voorwaarden van zijn ziektekostenverzekering is hij/zij hiervoor gedeeltelijk verzekerd, echter de huisarts, of een dermatoloog, dienen vast te stellen dat de patiënt inderdaad lijdt aan een (beginnende) vorm van alopecia androgenetica. Dit gaat middels een aanvraagkaart hulpmiddelen. Wellicht heeft u hiermee nog niet zo vaak te maken gehad.*

*Het is echter een veel voorkomende ziekte en er zijn veel mensen die hiervoor een oplossing vinden in de vorm van een haartoevoeging, waarvoor men dan ook nog (gedeeltelijk) verzekerd is."*

- 3.3. Omdat verzoekster steeds meer haar begon te verliezen en daar psychisch onder begon te lijden, heeft zij besloten in Turkije een haartransplantatie te ondergaan. De aldaar behandelend plastisch chirurg heeft op 27 september 2019 het volgende over verzoekster verklaard:

*"Klachten:*

*[Naam verzoekster] is op consult geweest, wegens haaruitval en mannelijke kaalheid. Ze heeft dun en weinig haar, hierdoor heeft ze zware psychische en sociale klachten.*

*Diagnose:*

*De diagnose is vastgesteld is ALOPECIA, haaruitval met kale plekken.*

*[Naam verzoekster] heeft ernstig psychische problemen, ze is qua persoon erg achteruit gegaan. Dit heeft sociale problemen met zich meegenomen. Ze heeft zich laten isoleren en op elk soort relatief vlak heeft ze zich afgeschermd.*

*Emotionele klachten zijn toegenomen, zoals zeer verlaagd zelfbeeld. Hierdoor heeft ze een lange periode niet kunnen werken, waardoor ze financieel achteruit is gegaan. Aangezien ze niet meer werkt door deze problemen kan ze het zelf niet betalen. Ze zal spoedig haar probleem moeten oplossen om weer in de maatschappij te reintegreren. Haartransplantatie is de enige oplossing. Door deze bovengenoemde redenen is de haartransplantatie medisch noodzakelijk."*

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd een haartransplantatie, uit te voeren in Turkije, te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft haar op 9 oktober 2019 meegedeeld dat de kosten hiervan niet worden vergoed. Wel bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van een pruik. De maximale vergoeding hiervoor bedraagt € 427,- (€327,- ten laste van de zorgverzekering en € 100,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 7 en 21 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. In de periode van 30 juli 2019 tot en met 20 december 2019 heeft verzoekster verschillende keren telefonisch contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze contacten is de vergoeding van een haartransplantatie besproken.
- 3.7. Op 30 november 2020 heeft het Zorginstituut de commissie per brief geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. In dat verband heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"Beoordeling*

*Uit de beschikbare informatie en foto's in het dossier blijkt niet dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis of een verminking (zoals is bedoeld door de wetgever) vanwege alopecia.*

*Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de haartransplantatie ten laste van de basisverzekering.*

*(...)*


*Conclusie*

*Op basis van de beschikbare informatie en foto's in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking."*


#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde haartransplantatie in Turkije moet 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 voorwaarden van de zorgverzekering welk artikel eveneens van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering.

 6. Beoordeling



-  6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is hierin de op het geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarde opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Zorgverzekering**




-  6.2. Verzoekster voert aan dat zij lijdt aan een erfelijke vorm van kaalheid, namelijk alopecia androgenetica. Van deze aandoening heeft zij veel (psychische) hinder. Zo belemmert de kaalheid verzoekster in het aangaan van relaties. In de eerste contacten met de ziektekostenverzekeraar is bij verzoekster de indruk gewekt dat een haartransplantatie wordt vergoed. De klap was dan ook hard toen de ziektekostenverzekeraar haar meedeelde dat een haartransplantatie niet voor vergoeding in aanmerking komt.
-  6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt een aanvraag te hebben ontvangen voor een haartransplantatie, uit te voeren in Turkije. Een dergelijk ingreep moet worden beschouwd als een behandeling van plastisch chirurgische aard. De ingediende aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen omdat een verzekeringsindicatie ontbreekt. Er is namelijk geen sprake van een functionele beperking of verminking zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat uit de bij hem aanwezige telefoonnotities niet blijkt dat aan verzoekster een telefonische toezegging is gedaan.
-  6.4. De commissie overweegt het volgende. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van een haartransplantatie, uit te voeren in Turkije. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat indien de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. In de situatie van verzoekster is echter sprake van planbare zorg. Daarom heeft zij geen aanspraak op de gevraagde zorg op grond van het Nederlands-Turks verdrag. Een eventueel recht op vergoeding moet daarom worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
-  6.5. De zorgverzekering biedt dekking voor een haartransplantatie. Omdat het gaat om een vorm- of aspectveranderende behandeling dient te worden getoetst aan de voorwaarden die gelden voor een behandeling van plastisch chirurgische aard. Hieruit volgt dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie moet bestaan in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 26 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
-  6.6. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster een zodanige aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestaat.
-  6.7. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen,



zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Aangezien de situatie van verzoekster hierbij niet is benoemd en deze in ernst niet vergelijkbaar is, kan niet worden gesproken van verminking in bovenvermelde zin.


- 
- 6.8. Gezien het voorgaande, en na kennis te hebben genomen van het advies van het Zorginstituut van 30 november 2020, welk advies met de brief van 21 januari 2021 is bevestigd, oordeelt de commissie dat bij verzoekster een (verzekerings)indicatie voor een haartransplantatie ontbreekt. Daarom heeft zij geen aanspraak op het gevraagde ten laste van de zorgverzekering. Of een haartransplantatie in de situatie van verzoekster al dan niet doelmatig is, hetgeen een rol zou kunnen spelen als de afweging moet worden gemaakt tussen deze behandeling en een haarwerk, behoeft, gelet op dit oordeel, geen bespreking.
- 
- De door verzoekster aangevoerde psychische klachten vormen, hoe ernstig ook, op grond van de wet en de verzekeringsvoorwaarden geen verzekeringsindicatie voor een haartransplantatie.

### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 
- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een haartransplantatie. Daarom kan het verzoek niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.
- 
- 6.10. De stelling van verzoekster dat in de eerste contacten met de ziektekostenverzekeraar de indruk is gewekt dat een haartransplantatie zou worden vergoed, is door haar niet verder onderbouwd. Ook anderszins is niet gebleken van een onvoorwaardelijke en eenduidige toezegging. De financiële situatie van verzoekster kan geen rol spelen in het kader van de onderhavige beoordeling.
- 
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




## 7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 27 januari 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.

(...)

### 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 gehemeltespelten, 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;

(...)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) 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.

## 24 Thuisdialyse

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan heeft u recht op vergoeding van de daarmee samenhangende kosten. Het betreft:

- a de nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;
- b overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

### Voorwaarde voor het recht op vergoeding van deze kosten

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Hiervoor moet u een begroting van de kosten hebben ingediend.

**Let op!** De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

## 25 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u recht op de volgende behandelingen:

- a transplantatie van weefsels en organen in een ziekenhuis. De transplantatie moet plaatsvinden in:
  - een lidstaat van de Europese Unie;
  - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
  - een andere staat. De donor moet dan wel woonachtig zijn in die staat en uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn;
- b transplantatie van weefsels en organen in een zelfstandig behandelcentrum dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving.

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, conserveren, 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 zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker).

### 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) 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.

## 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 gehemeltespelen;
  - 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 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

#### 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 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) 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 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) 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 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.

