



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, buikwandcorrectie, dermolipectomie bovenbenen, indicatie, Pittsburgh
Rating Scale (PRS)

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202000825

Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

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 11 juni 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 augustus 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) heeft op 15 september 2020 per brief aan de commissie een voorlopig advies (zaaknummer: 2020036325) uitgebracht. Een kopie is op 17 september 2020 aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft op 6 oktober 2020 per brief op het voorlopig advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 7 oktober 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 9 november 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 23 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 24 november 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft op 18 december 2020 per brief gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 22 december 2020 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

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 (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft aanvragen ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een buikwandcorrectie en een dermolpectomie van de bovenbenen.

- 3.3. Op 20 september 2019 heeft de behandelend plastisch chirurg over verzoekster verklaard:
"(...) De patiënte bezoekt het spreekuur met de wens tot een buikwandplastiek. De voorgeschiedenis vermeldt een massief gewichtsverlies ten gevolge van een gastric bypass in oktober 2016. Daardoor is het gewicht van maximaal 131,3 kg naar 75,5 kg gedaald. Het gewicht is langer dan 12mnd stabiel. Patiënte is wel jaarlijks onder diëtistische controle en gebruikt wel voedingssupplementen. Zij wenst de ingreep in verband met:
- Aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en bewegingsbeperking door het abdominaal vetschort tijdens ADL werk en sport.
- geen onbehandelbaar smetten in onderbuikplooï of navel begeleid door de huisarts
- Sociaal vermijdingsgedrag

De voorgeschiedenis vermeld o.a. 2 zwangerschappen en geen correctie van hernia umbilicalis. Lengte: 172 cm Gewicht: 75,5 kg BMI: 25,5.

Lichamelijk onderzoek

Bestaande littekens: laparoscopie

Abdominocalasis conform Pittsburgh Rating Score 3

Monsptosis conform Pittsburgh Rating Score 3

Geen smetten in huidplooïen Kleur en aspect van de huid: verlies elasticiteit, surplus bovenbuik bij positieve taille heup ratio. Horizontaal en verticaal huidsurplus matig rectusdiastase, geen navelbreuk .

NB: surplus lateraal bovenbeen en flanken met geschatte resectiebreedte van 19cm en over billen 14cm, verlies van projectie billen en negatieve billijn. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op respectievelijk 8 januari 2020 en 21 februari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een buikwandcorrectie en een dermolipectomie van de bovenbenen is afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Op 13 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.
- 3.6. De behandelend plastisch chirurg heeft op 4 mei 2020 over verzoekster verklaard:
"(...) Zoals eerder aangegeven is de deformiteit in beide bovenbenen gescoord op een Pittsburgh rating scale 3. De score is onder andere gebaseerd op de tabel in het artikel waarop de vergoedingen door de zorgverzekering gebaseerd is. Ik heb reeds u het artikel gemaild maar volgens de tabel valt u met de afwijking die u aan beide benen heeft, in de Pittsburgh rating scale graad 3. (...)"
- 3.7. De behandelend plastisch chirurg heeft in een aanvullende verklaring op 8 mei 2020 over verzoekster verklaard:
"(...) Op uw verzoek heb ik ook de meegestuurde foto's van collega [naam] uit B bekeken en daarnaast de informatie uit het artikel uit het 'Plastic en Reconstructive Surgery Journal' aangaande de Pittsburgh Rating Scale. Zowel het abdomen (dubbele rol) als de bil met skin folds kunnen als een Pittsburgh Rating Scale 3 geclassificeerd worden. Tevens is er ter plaatse bij de flank een ptosis of rolls. Ook hierop kan derhalve een Pittsburgh Rating Scale 3 deformiteit van toepassing geacht worden. (...)"
- 3.8. Op 15 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"In het dossier zijn foto's van goede kwaliteit bijgevoegd. Hieruit blijkt dat geen sprake is van vermindering van de buikwand of benen. De bijgevoegde foto's imponeren niet als een afwijking met een Pittsburgh Rating Scale graad 3. Daarbij kan tevens niet worden gesproken van een ernstig verworpen misvorming van een lichaamsdeel zoals bedoeld door de wetgever.

Met betrekking tot de beoordeling van de Pittsburgh Rating Scale merkt het Zorginstituut het volgende op. De PRS is in opzet niet ontwikkeld voor de beoordeling van verminking, maar voor gebruik bij de preoperatieve planning van de juiste chirurgische behandeling en het evalueren van de resultaten. Omdat een meer passend classificatie instrument ontbreekt is door alle betrokken partijen (i.e. VAV, NVPC, ZN, ZIN) voor de Pittsburgh Rating Scale gekozen als hulpmiddel voor de beoordeling van een aanvraag voor bijvoorbeeld een abdominoplastiek of dermolipectomie. Gezien het een primair visuele beoordeling betreft is de tabel uit het originele artikel van Song et al. geen onderdeel van de VAV-werkwijzer. Mocht er twijfel bestaan tussen twee categorieën van de PRS dan kunnen de omschrijvingen eventueel helpen om het uiterlijk in te delen onder één van de graderingen. Daar is in dit geval echter geen sprake van.

Verder is onvoldoende aangetoond dat de klachten van verzoekster als zodanig ernstig kunnen worden beschouwd dat gesproken kan worden van lichamelijke functiestoornissen in de hoedanigheid van een ernstige bewegingsbeperking. Op basis van de foto's blijkt dat het huidoverschot beperkt aanwezig is. Ook is geen sprake van smetten.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet voldoende aangetoond dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminkingen zoals omschreven in artikel 2.4 Bzv en de VAV-werkwijzer. (...)"

- 3.9. Het Zorginstituut heeft op 23 november 2020 per brief verklaard:
"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien.
U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Naar aanleiding van uw vragen merkt het Zorginstituut het volgende op. In artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) staat over behandelingen van plastisch-chirurgische aard, dat voornamelijk sprake moet zijn van verminking of lichamelijke functiestoornis. Dit is nader ingevuld door de wetgever (zie het juridisch kader van het voorlopig advies d.d. 15 september 2020). De begrippen 'verminking' en 'lichamelijke functiestoornis' zijn voor een aantal veel voorkomende behandelingen verder uitgewerkt in de VAV Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard. De Werkwijzer dient als leidraad bij de beoordeling van aanvragen door verzekeraars. De Werkwijzer is opgesteld door de Vereniging voor artsen volksgezondheid, Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut Nederland.

Onderdeel van de VAV Werkwijzer is de Pittsburgh Rating Scale (PRS). Aan de hand van de PRS kan voor een abdominoplastiek en lower bodylift worden beoordeeld of sprake is van verminking. De PRS bestaat uit een score van de deformiteit van tien anatomische gebieden: vijf regio's 'bovenlichaam' (armen, borsten, buik, flanken, rug) en vijf regio's 'onderlichaam' (mons, billen, heupen, mediale dijen, lagere dijen/knieën), beoordeeld volgens de schaal: 0 = normaal, 1 = lichte, 2 = matige, 3 = ernstige deformiteit. De score wordt bepaald aan de hand van foto's en tekst. Zoals het Zorginstituut ook aangeeft in het voorlopig advies is de PRS in opzet niet ontwikkeld voor de beoordeling van verminking, maar voor gebruik bij de preoperatieve planning van de juiste chirurgische behandeling en het evalueren van de resultaten.

Het beoordelen van een verminking betreft een puur visuele beoordeling. De tabel en de tekst uit het artikel van Song et al. maken daarom geen onderdeel uit van de VAV Werkwijzer. Het beoordelen van een verminking gebeurt aan de hand van de referentiefoto's. Alleen indien twijfel bestaat tussen twee categorieën van de PRS kunnen de omschrijvingen eventueel helpen om het uiterlijk in te delen onder één van de graderingen. Bij de totstandkoming van de VAV Werkwijzer is deze werkwijze overeengekomen met partijen.

Bij de beoordeling van verminking van de benen (dermolipectomie) wordt de PRS niet gehanteerd. Hiervoor gelden de algemene criteria voor verminking (zie het voorlopig advies d.d. 15 september). De PRS wordt daarom niet genoemd in het hoofdstuk 'dermolipectomie' van de VAV Werkwijzer. In de Werkwijzer wordt verder aangegeven dat 'er zelden sprake is van verminking'. (...)"



4. Geschil



4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de gevraagde buikwandcorrectie moet vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de gevraagde dermolipectomie van de bovenbenen 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 A.18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.



6. Beoordeling



6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard - waaronder een buikwandcorrectie en een dermolipectomie van de bovenbenen - 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.



6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat sprake is van verminking als de deformiteit in ernst vergelijkbaar is met Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3. Dit wordt door de ziektekostenverzekeraar bevestigd. In zijn afwijzende beslissingen verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een wetenschappelijk artikel waarin is beschreven wat onder PRS graad 3 moet worden verstaan. Ter illustratie zijn daarnaast per lichaamsdeel foto's opgenomen om de beschrijving te verduidelijken. Verzoekster is door meerdere plastisch chirurgen gezien. Zij hebben allen verklaard dat bij haar PRS graad 3 aan de orde is bij zowel de bovenbenen als de buik. De ziektekostenverzekeraar schuift deze verklaringen ten onrechte terzijde.

Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn oordeel uitsluitend lijkt te baseren op de foto's die in het artikel zijn opgenomen. Dit is volgens verzoekster niet terecht. In de eerste plaats zijn de foto's in het artikel en de foto's van verzoekster niet één op één met elkaar te vergelijken. De foto's in het artikel zijn gemaakt van een persoon die veel zwaarder is dan zij. Dat geeft een vertekend beeld. Verder zijn de benen op geen enkele foto duidelijk in beeld gebracht, zodat hierover enkel een oordeel kan worden gevormd op basis van de beschrijving van PRS graad 3 in het artikel.



Verzoekster heeft verder aangetekend dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar stelt dat bij haar PRS graad 3 niet aan de orde is, maar dat hij heeft deze stelling verder niet onderbouwd. Dit in tegenstelling tot de behandelend plastisch chirurgen die beiden hebben gemotiveerd waarom bij haar sprake is van PRS graad 3.



Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn afwijzende beslissing voor een dermolipectomie heeft verwezen naar de PRS, terwijl dit volgens het Zorginstituut geen hulpmiddel is bij de beoordeling van deze ingreep. De beoordeling van de ziektekostenverzekeraar schiet op dit punt dan ook tekort.



Verder heeft verzoekster - in reactie op de adviezen die het Zorginstituut heeft uitgebracht - aangevoerd dat in het wetenschappelijk artikel over de PRS niet alleen afbeeldingen zijn weergegeven, maar dat ook wordt beschreven wat onder de verschillende gradaties moet worden verstaan. Als een oordeel uitsluitend wordt gebaseerd op grond van de afbeeldingen is sprake van 'cherry picking' en dat is voor verzoekster niet acceptabel. Dat deze tekst dan ook niet is opgenomen in de zogenoemde VAV-werkwijzer kan verzoekster niet volgen. Verder heeft verzoekster gewezen

op de richtlijn 'contourherstellende post-bariatrische chirurgie' van de beroepsgroep NVPC. Hieruit volgt dat de PRS als instrument om post-bariatrische problematiek in kaart te brengen niet voldoet, maar dat een goed alternatief hiervoor ontbreekt. Verzoekster vraagt zich om die reden af of de PRS zo nauw moet worden genomen of dat de interpretatie van en de beoordeling door de behandelend plastisch chirurg prevaleert. Uit de betreffende richtlijn volgt verder dat de huidige criteria waaraan wordt getoetst voor zowel de patiënt als de behandelend plastisch chirurg vaak niet transparant zijn. Verzoekster meent dan ook dat hierover duidelijkheid moet komen.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat beide aanvragen van verzoekster zijn beoordeeld door twee verschillende medisch adviseurs. Beiden zijn aan de hand van de informatie in het dossier tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen sprake is van PRS graad 3 bij de bovenbenen en de buik. Dit betekent dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor een dermolipectomie van de bovenbenen of een buikwandcorrectie. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het helaas voorkomt dat in een aanvraag wordt vermeld dat PRS graad 3 aan de orde is, terwijl dit niet het geval is. Het is uiteindelijk aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of hiervan ook echt sprake is. In de situatie van verzoekster bestaat hierover geen twijfel, zodat ook niet is besloten haar op te roepen voor het spreekuur van de medisch adviseur.

Zorgverzekering

- 6.4. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een dermolipectomie van de bovenbenen en een buikwandcorrectie. Voorwaarde om voor vergoeding van dergelijke behandelingen in aanmerking te komen is dat een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Dit blijkt uit artikel B.26. van de verzekeringsvoorwaarden. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor de genoemde behandelingen.
- 6.5. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gesproken in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Specifiek voor de buikwandcorrectie geldt dat een ernstige bewegingsbeperking pas aan de orde is als het buikschort in staande positie minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Zo is het althans verwoord in de toelichting op de wijziging van de Rzv, waarmee de buikwandcorrectie onder de verzekerde prestaties werd gebracht. Uit de foto's en de (medische) informatie in het dossier blijkt niet dat dit bij verzoekster speelt. Ook volgt hieruit niet dat de overtollige huid bij de bovenbenen tot een ernstige bewegingsbeperking leidt.
- 6.6. Verder kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn door een arts niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien die altijd daar aanwezig zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De behandelend plastisch chirurg heeft in de brief van 20 september 2019 verklaard dat dit bij verzoekster niet aan de orde is.
- 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. De commissie overweegt dat de situatie van verzoekster niet in ernst te vergelijken is met de genoemde aandoeningen, zodat op grond daarvan niet kan worden gesproken van verminking.
- 6.8. Volgens de VAV-werkwijzer - die door de zorgverzekeraars wordt gebruikt om te komen tot een uniforme uitvoering van de Zvw - is tevens sprake van verminking in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel conform de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3.



De PRS wordt echter niet toegepast om vast te stellen of sprake is van verminking van de bovenbenen in geval van een dermolipectomie. In dit verband gelden de algemene criteria zoals hiervoor beschreven onder punt 6.5 t/m 6.7. Dit laatste wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 23 november 2020. Dat de ziektekostenverzekeraar toch heeft getoetst aan de PRS in het kader van de beoordeling van de gevraagde dermolipectomie van de bovenbenen kan de commissie dan ook niet volgen. Dit leidt echter niet tot een andere beoordeling.

- 
- 
- 6.9. In de VAV-werkwijzer wordt verwezen naar het wetenschappelijke artikel '*A Classification of Contour Deformities after Massive Weight Loss: Application of the Pittsburgh Rating Scale*' van A.Y. Song, M.D. en anderen. Hierin is beschreven wanneer sprake is van een deformiteit gelijk aan PRS graad 3. Dit wordt tevens geïllustreerd aan de hand van afbeeldingen.



De commissie overweegt dat als wordt voldaan aan de beschrijving, dit niet zonder meer betekent dat sprake is van PRS graad 3. Er moet dan tevens worden beoordeeld of de situatie in ernst is te vergelijken met die welke is vastgelegd in het beeldmateriaal. De beoordeling van verminking is namelijk primair een visuele beoordeling. De commissie stelt in dat verband vast dat de situatie van verzoekster weliswaar (deels) overeen komt met de beschrijving van PRS graad 3, maar dat deze niet in ernst is te vergelijken met het beeldmateriaal dat in het artikel is opgenomen. Een en ander wordt door het Zorginstituut bevestigd in het advies van 15 september 2020.

- 
- 6.10. De stelling van verzoekster dat de afbeeldingen in het artikel in haar situatie niet kunnen worden gebruikt bij de beoordeling, omdat de persoon op de afbeeldingen veel zwaarder is dan zij, kan de commissie niet volgen. In dit verband overweegt de commissie dat de eis niet is dat de foto's van verzoekster exact gelijk zijn aan de afbeeldingen in het artikel, maar dat haar situatie hiermee in ernst vergelijkbaar is.

- 
- 6.11. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor een dermolipectomie van de bovenbenen of een buikwandcorrectie. Om die reden hoeft de ziektekostenverzekeraar deze ingrepen niet te vergoeden op grond van de zorgverzekering.



Aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een dermolipectomie van de bovenbenen of een buikwandcorrectie. Daarom kan het verzoek niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.

- 
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 23 december 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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! Verblijfskosten 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 gehemeltespleten;
- 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.



Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese 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;

(...)

.