



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, labiacorrectie, telefonische toezegging

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

Zaaknummer : 202001650

Zittingsdatum : 9 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema, 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 zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 30 november 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 9 februari 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar is op 11 februari 2021 in de gelegenheid gesteld te reageren op het aan de commissie voorgelegde geschil. Aangezien de commissie van de zorgverzekeraar geen reactie ontving, heeft zij op 18 maart 2021 de zorgverzekeraar nogmaals aangeschreven. De zorgverzekeraar heeft op 19 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 maart 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 18 april 2021 respectievelijk 28 mei 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 14 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021011669) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Hiervan is op 19 mei 2021 een kopie aan partijen gestuurd. Daarbij zijn zij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 mei 2021 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft last van blaasontstekingen en urineweginfecties. Om de problemen te verhelpen heeft de behandelend plastisch chirurg de optie gegeven een labiacorrectie te laten uitvoeren.
- 3.3. Op 17 september 2019 heeft verzoekster telefonisch contact gehad met een medewerk(st)er van de zorgverzekeraar. Laatstgenoemde heeft van het betreffende gesprek de volgende notitie gemaakt:

"[Verzoekster]: schaamlipcorrectie vergoed bij medische noodzaak dan verg uit BV wel ER vw nodig en toestemming regelt zorgverlener Er moet sprake zijn van ernstige verminking na operatie /

ongeval of ernstige hinder in dagelijks functioneren privé kliniek geen vergoeding, bij gecontr zkh 100% verg anders max 75 % gem tarief"

3.4. De behandelend plastisch chirurg heeft namens verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een labiacorrectie. Op 11 oktober 2019 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten hiervan niet worden vergoed.

3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar op 16 juli 2020 om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij dit verzoek heeft verzoekster een factuur van 12 februari 2020 gevoegd. Hieruit blijkt dat verzoekster op 8 april 2020 in een privékliniek een labiacorrectie heeft laten uitvoeren.

Op 17 juli 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing om de kosten van de labiacorrectie niet te vergoeden handhaaft.

3.6. Op 14 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende geconcludeerd:

"Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een labiacorrectie ten laste van de basisverzekering. Tot slot merkt het Zorginstituut op dat een verzekerde voorafgaand aan de behandeling redelijkerwijs aangewezen dient te zijn op een behandeling om aanspraak te kunnen maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. Het feit dat verzoekster geen klachten meer ervaart sinds de uitgevoerde labiacorrectie doet dan ook niet aan af aan de conclusie."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar de labiacorrectie moet vergoeden.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. Verzoekster voert aan dat zij al vanaf haar vroege jeugd last heeft van blaasontstekingen, urineweginfecties, nierbekkenontstekingen en schimmelinfecties, waarvoor zij steeds medicatie voorgeschreven kreeg. Nog afgezien van de praktische ongemakken die voornoemde klachten met zich brengen, is het mentaal ook zwaar. Om een einde te maken aan de problemen wilde verzoekster graag een labiacorrectie laten uitvoeren. Eind 2019 heeft zij telefonisch contact gehad met een medewerk(st)er van de zorgverzekeraar met de vraag of een dergelijke ingreep wordt vergoed. Het antwoord hierop luidde dat als de ingreep zou plaatsvinden in een van de twee bij naam genoemde ziekenhuizen de kosten volledig zouden worden vergoed. Na dit antwoord heeft verzoekster een afspraak gemaakt bij een van de door de zorgverzekeraar genoemde ziekenhuizen. De aldaar werkzame plastisch chirurg vertelde haar dat de kans ongeveer 50% zou zijn dat een labiacorrectie de bestaande problemen zou verhelpen. Dit heeft verzoekster doen besluiten zich te laten opereren. Door de beperkingen rondom Covid-19 kon de ingreep echter (i) niet plaatsvinden in het reguliere ziekenhuis, maar moest deze worden uitgevoerd in een privékliniek die in het ziekenhuis is gevestigd, en (ii) pas in juli 2020 worden verricht. In de periode voordat de ingreep zou worden uitgevoerd heeft verzoekster nog verschillende keren telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar. Hoewel het antwoord steeds verschillend was, was de rode draad dat ten minste

75% van de kosten zou worden vergoed. Nadat de ingreep was uitgevoerd heeft verzoekster de factuur bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Tot haar ontsteltenis werd deze niet vergoed.

- 6.2. De zorgverzekeraar stelt dat plastisch chirurgische ingrepen, zoals een labiacorrectie, alleen worden vergoed als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat verzoekster niet aan deze voorwaarden voldoet. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij vaak last heeft van ontstekingen en dat zij daarom de labiacorrectie heeft laten uitvoeren. Hiertoe geldt dat er nagenoeg geen wetenschappelijke onderbouwing is dat een labiacorrectie leidt tot minder infecties. Om die reden voldoet een labiacorrectie voor deze indicatie niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast geldt dat een oorzakelijk verband tussen de ontstekingen en de labia niet is aangetoond. Een verzekeringsindicatie voor de aangevraagde ingreep ontbreekt derhalve. Ten overvloede voert de zorgverzekeraar aan dat ook al zou wél een verzekeringsindicatie aanwezig zijn, de kosten evenmin worden vergoed. Dit omdat de labiacorrectie is uitgevoerd in een privékliniek. Behandelingen die zijn uitgevoerd in een privékliniek zijn op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering uitgesloten van vergoeding.
- 6.3. De commissie overweegt het volgende. De zorgverzekering biedt dekking voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, waaronder een labiacorrectie. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.4, eerste lid, sub b Bzv.
- 6.4. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet, gelet op de ontstaansgeschiedenis van artikel 2.4, eerste lid, sub b Bzv, het gaan om een aandoening die dusdanig ernstige lichamelijke klachten veroorzaakt dat de verzekerde fors wordt beperkt in het functioneren. In geval van een labiacorrectie kan hierbij onder meer worden gedacht aan pijnklachten die uitsluitend veroorzaakt worden door de labia zelf, zonder enige vorm van aanraking of belasting hiervan. Klachten die hinderlijk of vervelend zijn, maar die verzekerde niet fors beperken in het lichamenlijk functioneren, zijn geen reden voor een vergoeding uit de zorgverzekering. Ongemakken bij het bewegen of het zitten, hoe hinderlijk ook, vallen evenmin onder voormeld begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het voorgaande betekent dat in geval van een labiacorrectie alleen in zeer uitzonderlijke situaties gesproken kan worden van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij, voordat de ingreep werd uitgevoerd, last had van recidiverende ontstekingen. Nog daargelaten of hiermee sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel B26 van de voorwaarden van de zorgverzekering, geldt dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat de ontstekingen werden veroorzaakt door de labia. Evenmin stond ten tijde van de aanvraag vast dat de correctie van de labia de bestaande klachten zou verhelpen. Dat verzoekster na de ingreep geen klachten meer ondervindt, rechtvaardigt niet de conclusie dat zij in redelijkheid op een labiacorrectie was aangewezen. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is bij verzoekster, gelet op het voorgaande, dan ook geen sprake. Ook het Zorginstituut komt tot deze conclusie.
- 6.5. Ten aanzien van verminking geldt dat het Zorginstituut in zijn advies van 14 april 2021 heeft verklaard dat in het geval van hypertrofie van de labia geen sprake kan zijn van verminking in de zin van artikel 2.4, eerste lid, sub b Bzv. Dit volgt uit het feit dat er een enorme anatomische variatie bestaat ten aanzien van de vorm en grootte van de labia. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van verminking. Dit wordt ook bevestigd door de behandelend plastisch chirurg, die heeft verklaard dat de grootte van de labia binnen de limiet van de normale variatie valt. Van verminking als bedoeld in de regelgeving is dan ook geen sprake.
- 6.6. De situatie van verzoekster voldoet, gelet op het vorenstaande, niet aan de zeer strikte voorwaarden die worden gesteld om de ingreep voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Dat mogelijk wel een medische indicatie bestaat, maakt de uitkomst niet anders. Om de labiacorrectie vergoed te

krijgen ten laste van de zorgverzekering, dient immers sprake te zijn van een verzekeringsindicatie, en deze ontbreekt.

- 6.7. Verzoekster heeft gesteld dat zij, voorafgaand aan de ingreep op 8 april 2020, verschillende keren telefonisch contact heeft gehad met diverse medewerkers van de zorgverzekeraar. Bij deze gelegenheden hebben de medewerkers bij verzoekster, zo stelt zij, de indruk gewekt dat zij zonder meer een vergoeding zou krijgen van ten minste 75% van de kosten. De commissie overweegt dat vooropgesteld moet worden dat het bij een telefoongesprek lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Omdat verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van 75% van de kosten, rust op haar, gelet op artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, de stelplicht en bewijslast en moet zij aannemelijk maken dat haar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan. Verzoekster is hier naar het oordeel van de commissie niet in geslaagd. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat verzoekster niet heeft toegelicht met wie zij hierover heeft gesproken. Ook als verzoekster dit laatste wel had toegelicht, is het van belang dat tevens duidelijk zou zijn geworden wat haar exacte vraagstelling is geweest en hoe het antwoord hierop heeft geluid. Concluderend heeft verzoekster haar stelling dat haar een telefonische toezegging werd gedaan niet aannemelijk gemaakt. Daarbij merkt de commissie nog op dat zowel uit de gemaakte aantekening van een van de gesprekken als uit de stellingen die verzoekster heeft ingenomen blijkt dat besproken is dat bij behandeling in een privékliniek hoe dan ook geen vergoeding mogelijk zou zijn. Dit is overeenkomstig artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het staat vast dat verzoekster niettemin is behandeld in een privékliniek. Waar deze was gevestigd en waarom verzoekster hiervoor heeft gekozen, is verder niet relevant.

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juni 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 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 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;

(...)

.