

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lipofilling (autologe vet transplantatie, AFT) van de borst, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv

Zaaknummer : 202201240

Zittingsdatum : 15 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

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 brief en klachtenformulier van 20 juli 2022, en vervolgens bij brief van 1 september 2022, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 1 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 november 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 24 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022044874) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 maart 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 24 maart 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 november 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 maart 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend *** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 17 december 2021 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag gedaan voor autologe lipofilling (AFT) van de rechterborst.
- 3.3. Bij brief van 23 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit standpunt bij brief van 31 januari 2022 gehandhaafd. Bij e-mailbericht van 4 februari 2022 heeft verzoekster om heroverweging van de afwijzende beslissing verzocht. Op 2 maart 2022 is de ziektekostenverzekeraar gevraagd om toezending van de in het dossier aanwezige informatie. Bij

brief van 14 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd, waarbij hij tevens zijn afwijzing van de aanvraag nogmaals heeft toegelicht.

- 3.4. Op 14 maart 2022 is de aangevraagde behandeling bij verzoekster uitgevoerd.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 juni 2022 opnieuw om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 24 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 24 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de bij haar uitgevoerde autologe lipofilling van de rechterborst (AFT), ten bedrage van € 1.500,-, te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoekster toegelicht dat haar moeder in juni 2020 na een heftig verlopen ziekbed is overleden aan de gevolgen van borstkanker. Drie maanden daarna werd bij verzoekster dezelfde diagnose gesteld, terwijl ook twee van haar drie zussen aan de ziekte bleken te lijden. In oktober 2020 werd de linkerborst van verzoekster geamputeerd. De rechterborst werd in februari 2021 preventief verwijderd. In augustus van dat jaar vond een reconstructie met behulp van protheses plaats. De psychische impact van een en ander was groot. Verzoekster verwijst hierbij naar een ongedateerde verklaring van de POH-GGZ en de huisarts. Volgens verzoekster is de reconstructie van de linkerborst geslaagd. Over de rechterborst is zij daarentegen niet tevreden. Zo staat de tepel scheef, hetgeen nog wordt gecorrigeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor al toestemming verleend. Daarnaast is er aan de rechterkant te weinig ronding. Dit veroorzaakt een verschil tussen beide borsten. Ook zijn er deuken aanwezig. Deze problemen kunnen door middel van autologe lipofilling (AFT) worden opgelost. Hiervoor is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan. Verzoekster stelt dat aan de toepasselijke indicatiecriteria wordt voldaan en dat dit blijkt uit de aanvraag en de brief van de behandelend plastisch chirurg van 5 april 2022. Hierin is vermeld dat er in het niet-functionele gebied een deuk aanwezig is van 5 cm met een diepte van 2 cm. Hiermee is voldaan aan het criterium van verminking. Daarnaast wordt melding gemaakt van "trekkende pijnklachten", hetgeen is te beschouwen als een functiestoornis. Gelet op de aanvraag en de in de brief gegeven toelichting was het volgens verzoekster aangewezen dat zij werd opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur, dan wel dat de medisch adviseur contact had opgenomen met de behandelend plastisch chirurg. Verzoekster verwijst hierbij naar een bindend advies van de commissie van 22 januari 2020 (201901079).
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. 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 verklaard dat verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van de bij haar uitgevoerde behandeling met autologe lipofilling (AFT). In dit verband heeft hij gesteld dat verzoekster niet voldoet aan de indicatiecriteria die zijn opgenomen in artikel 25 'Plastische chirurgie' van de polisvoorwaarden en in de VAV Werkwijzer 'Behandelingen van plastisch-chirurgische aard' (hierna: VAV Werkwijzer). Zo zijn de "trekkende pijnklachten" niet te beschouwen als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Tevens kan niet worden gesproken van verminking, aangezien het volumedefect niet ten minste 5 cm bij 2 cm diep is. De gestelde psychische klachten vormen geen verzekeringsindicatie.

De verwijzing naar het eerdere bindend advies treft geen doel. In die zaak was sprake van foto's die niet goed te beoordelen waren. In dit geval kon op basis van de overgelegde foto's door de betrokken medisch adviseurs een goede beoordeling plaatsvinden. Er was dan ook geen aanleiding verzoekster op te roepen voor het spreekuur of nader overleg te voeren.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. 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 24 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Het geschil betreft de vergoeding van de behandeling met AFT van het partieel volumedefect in het functionele gebied van de rechterborst. Verzoekster is ontevreden met het resultaat van een protheseplaatsing in de rechterborst.

Verminking

Er zijn drie foto's aangeleverd. Eén van het vooraanzicht, een van de linkerzijde en een van de rechterzijde. Bij de foto van het vooraanzicht is enige lateralisatie van de tepels beiderzijds zichtbaar. Bij beide foto's van het zijaanzicht is een operatielitteken zichtbaar vanaf de tepel richting de torso met een lengte van minstens 5 cm en een breedte van naar schatting 1 cm. Op de foto's van de rechterborst trekt het litteken meer in (deuk) dan links, maar niet meer dan 1 cm. Op basis van voorgaande kan geconcludeerd worden dat er geen sprake is van verminking zoals bedoeld in de regelgeving.

Lichamelijke functiestoornis

Uit de informatie in het dossier blijkt dat verzoekster last heeft van "trekkende pijnklachten". Trekkende pijnklachten zijn geen ernstige pijnklachten, zoals bedoeld in de VAV Werkwijzer. Op basis van voorgaande kan worden geconcludeerd dat bij verzoekster geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van AFT. Er is geen sprake van een verminking of lichamelijke functiestoornis.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor AFT en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

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 algemene 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. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder autologe lipofilling (AFT) van de borst, indien een verzekeringsindicatie aanwezig is in de vorm van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel B.25 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan, blijkens de VAV Werkwijzer, die door de commissie als richtlijn wordt gehanteerd, in dit kader worden gedacht aan (mogelijke) complicaties of ernstige pijnklachten als gevolg van een tekort aan subcutane weefselbedekking na plaatsing van een prothese. De in de aanvraag vermelde "trekkende pijnklachten" zijn niet aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, hetgeen door het Zorginstituut wordt bevestigd in het voorlopig advies van 24 november 2022.
- 8.4. Van verminking is volgens de VAV Werkwijzer sprake in geval van:
(i) een volumedefect van de borst dat een minimale diameter heeft van 2 centimeter en een diepte van 2 centimeter en dat ligt in het decolleté, of
(ii) een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van 5 centimeter en een diepte van 2 centimeter heeft en dat ligt in het niet-functionele gebied.
Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 24 november 2022 aan de commissie meegedeeld dat, anders dan door de behandelend plastisch chirurg in de aanvraag en zijn toelichtende brief van 5 april 2022 is vermeld, bij verzoekster niet kan worden gesproken van verminking in deze zin. De commissie neemt deze conclusie over en oordeelt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar ondergane behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 8.5. Verzoekster heeft gesteld dat, gelet op de aanvraag van 17 december 2021 en de toelichting door de plastisch chirurg in zijn brief van 5 april 2022, het op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen haar op te roepen voor het spreekuur van de medisch adviseur dan wel deze contact te laten opnemen met de behandelend arts. Hierbij heeft verzoekster verwezen naar een bindend advies van de commissie van 22 januari 2020 (SKGZ201901079). De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat in die zaak sprake was van onduidelijke foto's. Dit is in de onderhavige zaak niet het geval. De beoordeling van de onderhavige aanvraag heeft volgens de ziektekostenverzekeraar zorgvuldig plaatsgevonden.
De commissie onderschrijft de stelling van de ziektekostenverzekeraar. In de door verzoekster aangehaalde zaak kon het Zorginstituut namelijk geen advies uitbrengen op basis van de in de procedure overgelegde - en door de zorgverzekeraar voor de beoordeling van die aanvraag gebruikte - informatie. Er bestond in dat geval reeds de nodige ruimte tot twijfel, en de betrokken zorgverzekeraar had deze twijfel in de aangehaalde zaak kunnen wegnemen met een oproep voor een spreekuurbezoek of door overleg met de behandelend arts. Dat hij dit had nagelaten was naar het oordeel van de commissie niet zorgvuldig. De gevolgen daarvan kwamen om die reden voor rekening van de zorgverzekeraar, als gevolg waarvan hij de in die zaak aan de orde zijnde behandeling diende te vergoeden. In de onderhavige zaak ligt het in zoverre anders dat de overgelegde foto's geen ruimte voor twijfel laten. Uit de foto's valt af te leiden dat geen sprake is van een volumedefect als beschreven in de VAV Werkwijzer. Dit wordt ook bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie. De ziektekostenverzekeraar mocht dan ook beslissen

verzoekster niet op te roepen voor het spreekuur van zijn medisch adviseur onderscheidenlijk zijn medisch adviseur geen contact te laten opnemen met de behandelend plastisch chirurg.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 maart 2023,

L. Ritzema

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

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 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 gehemeltespelen, 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.

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. 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.

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 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 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.25 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 gehemeltspalten;
 - 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 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.30](#).

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 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 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 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.26 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([26.1](#)) en geriatrische revalidatie ([26.2](#)).

26.1 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:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- 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

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

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- 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 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 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 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.