



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Medisch specialistische zorg, plastische chirurgie, dermolipectomie bovenbenen

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

Zaaknummer : 202001986

Zittingsdatum : 26 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
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 16 december 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 januari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 15 februari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021004307) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 februari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 19 april 2021 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een kopie van deze informatie is op 20 april 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 mei 2021 gehoord.
- 2.6. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld informatie over te leggen van een andere verzekerde bij wie de aanvraag voor een dermoliplectomie door de ziektekostenverzekeraar wél is goedgekeurd. Op 26 mei 2021 heeft verzoekster per e-mailbericht de gevraagde informatie overgelegd. Een kopie hiervan is op 28 mei 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 1 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting, alsmede de reacties van verzoekster en de ziektekostenverzekeraar van 26 mei 2021 en 1 juni 2021, zijn op 2 juni 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd om op basis van de foto's in het dossier de score volgens de PRS te bepalen. In reactie daarop heeft het Zorginstituut op 7 juni 2021 per brief een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 juni 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar en verzoekster hebben op respectievelijk 17 juni 2021 en 21 juni 2021 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Kopieën van de reacties zijn ter kennisname aan de respectieve wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend* en Aanvullend Tand* (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster heeft een bariatrische ingreep ondergaan, waarna rond de bovenbenen veel loshangend vel is ontstaan. De behandelend plastisch chirurg heeft verzoekster in vervolg hierop geadviseerd een dermolipectomie van de bovenbenen te laten uitvoeren. Verzoekster is hiermee akkoord gegaan, waarna de plastisch chirurg namens haar een aanvraag heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft op 4 juni 2020 het volgende over verzoekster verklaard:

"Anamnese

Functioneel veel klachten van bovenbenen, kan moeizaam hardlopen

Smetten, klots dit doet pijn. Bij staan lijkt het wat mee te vallen echter bij liggen zie je hoe de huid verschuift.

Schuurt in broek

Lichamelijk onderzoek

Lengte 172, gew 70, gew 23,7 stabiel

Verder niet verricht in verband met corona

Op basis van foto pittsburgh 3 met name bij zitten/liggen

Aanvullend onderzoek

febr vitamines gecontroleerd door con: gb

Conclusie

Functionele beperking van mediaal zijde bovenbenen bij patiënte na post bariatrische ingreep."

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 juni 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde dermolipectomie van de bovenbenen niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 26 juni 2020 en 11 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. De behandelend plastisch chirurg heeft op 21 augustus 2020 het volgende over verzoekster verklaard:

"Reden van komst

Retour gezien niet genoeg informatie voor verzekering

Anamnese

4-6-2020 aanvraag bij zorgverzekering gedaan voor dermolipectomie bovenbenen gezien veel klachten (zie brief 4-6-2020). Afgewezen door zorgverzekeraar. Bezwaar aangetekend, ook afgewezen. Zorgverzekeraar wil graag nadere informatie van arts voor herbeoordeling.

Lichamelijk onderzoek

Idem eerder: BMI 23

Stabiel gewicht.

Surplus mediaal zijde bovenbenen beiderzijds, mooi deflated. Hang tot over mediaal zijde knieën.

Pittsburgh 3

Conclusie

Functionele beperking van huid/subcutis overschot mediaal zijde bovenbenen bij patiënte na post bariatrische ingreep."

- 3.7. Op 15 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Conclusie

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 voldoet daarom niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een dermolipectomie ten laste van de basisverzekering."

- 3.8. Op 7 juni 2021 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"U hebt het Zorginstituut gevraagd om de PRS te beoordelen op basis van de foto's in het dossier. Zoals in het voorlopig advies is aangegeven is bij een dermolipectomie van de bovenbenen niet per definitie sprake van een verminking bij een huidsurplus PRS graad 3. Om te beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering hoeft daarom niet de PRS beoordeeld te worden. Relevant is of sprake is van een verminking of lichamelijke functiestoornis, dit is bij verzoekster niet het geval. Het Zorginstituut merkt tot slot op dat ook in de eerdere versie van de VAV-Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard niet was opgenomen dat bij het beoordelen van de aanspraak op een dermolipectomie gebruik gemaakt kan worden van de PRS."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat zij aanspraak heeft op de aangevraagde dermolipectomie van de bovenbenen.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering 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 plastische chirurgie 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster is na een bariatrische ingreep 54 kilo afgevallen. Door dit gewichtsverlies is het huidoverschot rond de bovenbenen ontstaan. Dit huidoverschot beperkt verzoekster in haar dagelijks leven en zij ervaart hiervan veel hinder. Deze hinder bestaat niet alleen uit fysieke ongemakken, maar ook uit jeuk en irritatieklachten. Volgens de behandelend plastisch chirurg is bij verzoekster sprake van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Uit een recent advies van het Zorginstituut in een ander aan de commissie voorgelegd geschil blijkt dat de Pittsburgh Rating Scale slechts

een hulpmiddel is. Volgens het Zorginstituut is alleen sprake van een verminking in geval van een ernstige misvorming. Voornoemd standpunt van het Zorginstituut dateert echter van ná de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar en kan verzoekster dan ook niet worden tegengeworpen. Indien een Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3 het criterium was, ongeacht wat de definitie van verminking inhoudt, dan voldeed verzoekster daar destijds aan.

Tot slot vindt verzoekster het zeer storend dat de ziektekostenverzekeraar enkel op basis van foto's, tot de conclusie is gekomen dat niet aan de voorwaarden wordt voldaan. Daarom heeft zij gevraagd om een spreekuurbezoek, maar dit verzoek is door de ziektekostenverzekeraar eveneens afgewezen. Opmerkelijk is verder dat andere verzekerden, die minder huidoverschot hadden, de ingreep door de ziektekostenverzekeraar wél vergoed hebben gekregen. Als bewijs hiervan heeft verzoekster na afloop van de hoorzitting informatie aangeleverd.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat een dermoliplectomie van de bovenbenen een behandeling van plastisch-chirurgische aard is, die slechts in zeer beperkte gevallen voor vergoeding in aanmerking komt. Bij verzoekster is geen sprake van verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Om te beoordelen of verminking aan de orde is, gebruikt de ziektekostenverzekeraar de PRS als hulpmiddel. Bij een PRS graad 3 is doorgaans sprake van verminking. Op basis van de door verzoekster overgelegde foto's is van PRS graad 3 geen sprake zodat verminking niet aan de orde is. Een en ander wordt bevestigd in het voorlopig en definitief advies van het Zorginstituut. Tot slot is de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar van mening dat niet vaststaat dat de fysieke problemen van verzoekster het gevolg zijn van het overtollige vel op de bovenbenen.

Voor zover verzoekster stelt dat een andere verzekerde, die eveneens bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, de ingreep wél vergoed heeft gekregen, geldt dat de situatie van die verzekerde niet een op een met die van verzoekster is te vergelijken. De huid van verzoekster is glad met slechts een enkele plooi. De huid van de andere verzekerde is veel slapper en met meer onregelmatigheden.

Overwegingen van de commissie

- 6.4. De namens verzoekster aangevraagde dermoliplectomie van de bovenbenen is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard als sprake is van verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit blijkt uit artikel B.26. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar verschillen van mening of wordt voldaan aan PRS graad 3. De criterium is evenwel van toepassing bij de beoordeling van andere behandelingen van plastisch-chirurgische aard, zoals een buikwandcorrectie, en niet voor de aangevraagde dermoliplectomie van de bovenbenen

Voor de beoordeling van de laatstgenoemde ingreep gelden de algemene criteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, te weten dat sprake moet zijn van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking (ernstige misvorming van een lichaamsdeel). Dit blijkt uit artikel 5 van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard (2019)' van de Vereniging voor artsen volksgezondheid (VAV), die in situaties als deze als richtlijn wordt gehanteerd en waarbij de commissie voor de beoordeling aansluit.

De stelling van verzoekster dat voor de beoordeling of sprake is van verminking dient te worden uitgegaan van de PRS wordt, mede gelet op het definitieve advies van het Zorginstituut waarin het voorgaande wordt bevestigd, dan ook gepasseerd. Dat de behandelend plastisch chirurg en de ziektekostenverzekeraar dit criterium wel hebben gehanteerd maakt immers niet dat hiermee een juiste invulling is gegeven aan het begrip verminking. Op de beoordeling aan de hand van dit begrip wordt in het vervolg nog terug gekomen.

-  6.6. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan, als het gaat om een dermolipectomie van de bovenbenen, worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is bijvoorbeeld sprake indien betrokkene door de forse omvang van de benen deze niet meer goed kan bewegen. Niet gebleken is dat de omvang van verzoeksters benen zodanig is dat dit bij haar aan de orde is. Het is de commissie niet gebleken dat bij verzoekster anderszins sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster stelt dat een dermolipectomie van de bovenbenen een positief effect zal hebben op haar klachten. De commissie merkt hierover op dat de wetgever een beperkte invulling heeft willen geven aan het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis, en dat de gestelde klachten hier niet onder vallen. Dergelijke klachten vormen daarom geen (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde behandeling.
Een en ander leidt tot de conclusie dat voor de dermolipectomie van de bovenbenen een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis ontbreekt.
-  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. Tevens is verminking aan de orde in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel. Gezien de door verzoekster ingestuurde foto's kan van verminking in bovenvermelde zin niet worden gesproken.
Gelet op het voorgaande voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden met betrekking tot de (verzekerings)indicatie zoals genoemd in artikel B.26. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarom heeft zij geen aanspraak op een dermolipectomie van de bovenbenen, ten laste van de zorgverzekering.
-  6.8. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, kan niet leiden tot een ander oordeel. Zo kan het feit dat de ziektekostenverzekeraar haar niet heeft uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur, haar niet baten. Reeds op basis van het dossier en de daartoe behorende foto's, kon door de ziektekostenverzekeraar worden geconcludeerd dat verzoekster geen indicatie heeft voor de aangevraagde behandeling. Een uitnodiging voor het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar had om die reden geen meerwaarde en kon daarom achterwege worden gelaten.
Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde dermolipectomie moet vergoeden omdat laatstgenoemde bij een andere verzekerde een zelfde ingreep wel heeft vergoed, leidt dit evenmin tot een ander oordeel. Uit de op 26 mei 2021 overgelegde informatie, waaronder foto's betrekking hebbende op een andere verzekerde, valt niet af te leiden dat diens situatie en die van verzoekster zonder meer gelijk zijn.

Aanvullende ziektekostenverzekering

-  6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden ingewilligd.
-  6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 juli 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

(...)

Artikel 2.4

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

(...)

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

(...)

.

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, preserven, 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 gehemeltepleten;
 - 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.

