

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Plastische chirurgie, septorhinoplastiek, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv
Zaaknummer : 202201762
Zittingsdatum : 21 juni 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 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. Verzoekster heeft bij brief van 21 maart 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 april 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brieven van 4 mei 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën van deze brieven zijn op 9 mei 2023 en 12 mei 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 5 juni 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023018781) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is eveneens op 5 juni 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 27 juni 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 juni 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 29 juni 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Namens verzoekster is door de behandelend KNO-arts op 16 augustus 2022 bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan voor een in- en uitwendige neuscorrectie (septorhinoplastiek). Bij deze aanvraag heeft de KNO-arts het volgende verklaard:

"Reden van consult

Neuspassageklachten, indicatie rhinoplastiek?

Anamnese

Neusverstopping: rechts en links, continu. Rhinorrhoe: ja. Reukstoornis: anosmie. Allergische klachten: nee.

Lichamelijk onderzoek

Nasopharynx: geen adenoid. Uitgebreide beschrijving van de uitwendige neus: aanzuigende neusvleugel. Aanzuigende neusvleugel: beiderzijds. Concha(e): beiderzijds: hypertrofie inferior. Tonsillen: formaat, aspect. Formaat van de tonsillen: klein. Aspect van de tonsillen: rustig. Tonggroot[t]e indeling volgens Friedman Mallampati: Stadium 1: Alle structuren zichtbaar. Stadium tonggroot[t]e: Stadium 2: tonggrootte 3 of 4 en tonsilgrootte 3 of 4.

Aanvullend onderzoek

Rhinopharyngoscopie uitslag: collaberende alae; prominente crus laterale bdz. Positieve Cottle test. Concha hypertrofie.

Er is sprake van een aangeboren afwijking.

Er heeft minimaal 4 weken conservatieve behandeling plaatsgevonden, echter met onvoldoende effect.

Bij lichamelijk onderzoek wordt een septumdeviatie, leptosome tension nose, nauw vestibulum en collaps van het vestibulum gezien.

Een operatie aan alleen het neustussenschot zal onvoldoende resultaat opleveren, om de klachten te verlichten. Deze operatie heeft geen effect op de collaps van de laterale neuswand.

Conclusie

Collaps laterale neuswand beiderzijds.

Overwegingen: rhinoplastiek.

Behandeling:

Behandelingen: klinische operatie.

Operatie (tijdens klinische opname): in- en uitwendige neuscorrectie.

Beleid

Operatierisico's besproken, uitleg gegeven, folder meegegeven, adviezen gegeven. Operatie risico's: open neusspraak, geur- en smaakveranderingen, orbita laesies, nabloeding, Schedelbasis laesies, infecties.

Patiënt akkoord operatie risico's: ja.

Opmerkingen/toelichting: toestemming ziektekostenverzekeraar aangevraagd."

- 3.3. Bij brief van 25 augustus 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor de rhinoplastiek is afgewezen. De eveneens aangevraagde septumcorrectie is machtigingsvrij en zal ook door de zorgverzekeraar worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 oktober 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 5 juni 2023 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 zorgverzekeraar is gehouden - naast de inwendige neuscorrectie - de eveneens aangevraagde uitwendige neuscorrectie te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij al langere tijd last heeft van verschillende klachten waaronder hoofdpijn, oorpijn, verstoorde ademhaling, verstopte neus, chronische verkoudheid en problemen met ruiken. Om hiervan af te komen heeft verzoekster medicatie geslikt en meerdere keren per dag gestoomd. Omdat de klachten bleven, heeft verzoekster haar huisarts geconsulteerd, die haar doorverwees naar een KNO-arts. Deze arts constateerde dat de klachten werden veroorzaakt door de neus en adviseerde verzoekster door een andere, hierin gespecialiseerde KNO-arts, een gecombineerde in- en uitwendige neuscorrectie te laten uitvoeren. Volgens deze gespecialiseerde KNO-arts zijn beide ingrepen noodzakelijk om de bestaande klachten te verhelpen.
Dat de zorgverzekeraar de aangevraagde behandeling maar ten dele wil vergoeden vindt verzoekster onbegrijpelijk. Ondanks het opsturen van vier wetenschappelijke publicaties blijft de zorgverzekeraar zich op het standpunt stellen dat het uitwendige deel van de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Door het niet vergoeden hiervan passeert de zorgverzekeraar de mening van een arts en wordt verzoekster gedwongen om met de klachten te blijven rondlopen.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat haar behandelend KNO-arts heeft verklaard dat alleen het uitvoeren van een septumcorrectie de bestaande klachten niet kan verhelpen en dat ook het uitvoeren van een rhinoplastiek noodzakelijk is. Verzoekster heeft geen aanleiding om aan de deskundigheid van de chirurg te twijfelen. Verder stoort het verzoekster dat de zorgverzekeraar de aanvraag "zomaar" heeft afgewezen en nooit contact heeft opgenomen met de behandelend KNO-arts wat de reden is dat een rhinoplastiek is aangevraagd.
- 4.4. 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 zorgverzekeraar**

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat het uitwendige deel van de aangevraagde behandeling, te weten een rhinoplastiek, bij aanzuigende neusvleugels niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs beschikbaar waaruit blijkt dat alleen een septumcorrectie niet voldoende is en dat ook een rhinoplastiek noodzakelijk is om de ademhalingsklachten te verhelpen. De door verzoekster overgelegde wetenschappelijke studies leiden niet tot een ander standpunt omdat in deze studies niet wordt ingegaan op de effectiviteit van een rhinoplastiek op de neuspassageklachten bij alaire insufficiëntie. Deze kunnen dan ook niet dienen als bewijs.
- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat een rhinoplastiek bij de indicatie van verzoekster, te weten aanzuigende neusvleugels, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Daar komt bij dat, ook als niet wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en de praktijk, een uitwendige neuscorrectie een behandeling van plastisch-chirurgische aard is waar slechts in zeer beperkte gevallen aanspraak op bestaat. Een uitwendige neuscorrectie wordt, blijkens de voorwaarden van de VAV Werkwijzer, pas vergoed als wordt voldaan aan zes criteria. Aan ten minste drie van de zes criteria wordt door verzoekster niet voldaan. Van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking wordt dan ook niet voldaan.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar 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 5 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Stand van de wetenschap en praktijk

In de VAV-werkwijzer wordt aangegeven dat het verminderen van een functiestoornis (neusobstructie) door verschillende extern te benaderen rinoplastiek technieken zoals correctie van aanzuigende neusvleugels, het plaatsen van spreaders en kraakbeentransplantaties niet effectief zijn en niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Bij verzoekster is sprake van 'alatre insufficiëntie' en de aanwezigheid van een 'tension nose'. Een rhinoplastiek voldoet bij deze indicatie niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De vier door verzoekster aangeleverde recentere onderzoeken zijn niet relevant. De onderzoeken betreffen een ander onderwerp zoals obstructieve slaap apneu (OSA) en een operatie van een bochel van de neusrug (een zogenaamde 'hump nose'). De onderzoeken leveren derhalve geen bewijs voor de effectiviteit van een rhinoplastiek bij onvoldoende werking van de neusvleugels (alatre insufficiëntie).

Overige voorwaarden

Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat verzoekster ook niet voldoet aan de indicatievoorwaarden. Op de machtigingsaanvraag is aangegeven dat de chronisch verminderde doorgankelijkheid van de neus minder dan 12 maanden aanwezig is. Daarnaast wordt aangegeven dat er geen duidelijk uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking aanwezig is, wel is sprake van een langwerpige tension nose. Op basis van de beschikbare foto's in het dossier blijkt dat bij verzoekster sprake is van een symmetrische neus en neusgaten zonder zichtbare afwijkingen. Bij een nasendoscopie/rhinoscopie wordt door de eerste KNO-arts een passageprobleem gezien door alatre insufficiëntie. De tweede arts constateert collaberende alae (neusvleugels); prominente crus laterale beiderzijds (kraakbeen van de neusvleugels), en hypertrofie van de neusschelp. Er is dus een passageprobleem, maar niet ten gevolge van een uitwendig zichtbare anatomische of structurele afwijking. De ernst van de klachten is wel geobjectiveerd door middel van de NOSE scale (de NOSE-score is maximaal ernstig) en volgens de KNO-artsen kan de afwijking alleen gecorrigeerd worden door een (uitwendige) rhinoplastiek. Er wordt derhalve enkel voldaan aan criterium vijf en twee van de VAV-werkwijzer.

Conclusie

Een rhinoplastiek bij de indicatie 'alatre insufficiëntie' en de aanwezigheid van een 'tension nose' voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van deze behandeling ten laste van de basisverzekering. Daarnaast voldoet verzoekster ook niet aan de indicatievoorwaarden voor een rhinoplastiek.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een rhinoplastiek (neuscorrectie) bij de indicatie 'alatre insufficiëntie' en de aanwezigheid van een 'tension nose' behoort niet tot het basispakket en komt niet voor vergoeding in aanmerking."

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 A.18 van de 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 geneeskundige zorg en de stand van de wetenschap en praktijk 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. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie is de ingediende aanvraag leidend en moet worden beoordeeld of deze terecht is afgewezen. Aangevraagd is een septorhinoplastiek, een gecombineerde behandeling, bestaande uit een inwendige en een uitwendige neuscorrectie. Naar de commissie begrijpt, wordt de noodzaak van de inwendige neuscorrectie door de ziektekostenverzekeraar niet betwist, is deze ingreep machtigingsvrij, en worden de hiermee gemoeide kosten vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent dat uitsluitend het deel van de aanvraag dat ziet op de uitwendige neuscorrectie partijen nog verdeeld houdt. Hierover overweegt de commissie het volgende.
- 8.3. De commissie begrijpt de wens van verzoekster om iets aan haar klachten te laten doen. Dit neemt niet weg dat de commissie, gelet op het door de zorgverzekeraar in het kader van zijn afwijzing ingenomen standpunt, de taak heeft om te beoordelen of een uitwendige neuscorrectie (rhinoplastiek) bij de aandoening van verzoekster, te weten 'alaire insufficiëntie' en de aanwezigheid van een 'tension nose', behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Bepalend is hierbij of de behandeling bij de gegeven indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.1, tweede lid, Bzv. De commissie neemt bij haar beoordeling het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.4. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 8.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot een rhinoplastiek bij de indicatie 'alaire insufficiëntie' en de aanwezigheid van een 'tension nose'. Het advies van 5 juni 2023 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut concludeert dat een rhinoplastiek bij deze indicatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De vier door verzoekster

aangeleverde recentere onderzoeken maken dit niet anders omdat deze betrekking hebben op andere onderwerpen, namelijk obstructieve slaap apneu (OSA) en een operatie van een bochel van de neusrug (een zogenaamde 'hump nose').

De onderzoeken leveren om die reden geen bewijs voor de effectiviteit van een rhinoplastiek bij onvoldoende werking van de neusvleugels (alatre insufficiëntie). Op basis van het voorgaande concludeert het Zorginstituut dat een rhinoplastiek bij de gegeven indicatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Nu de door verzoekster overgelegde publicaties door het Zorginstituut zijn meegenomen bij het opstellen van het advies, ziet de commissie in hetgeen door verzoekster hierover is gesteld geen aanleiding van dit advies af te wijken. De commissie neemt de hierin opgenomen conclusie dan ook over. Dit betekent dat bij de indicatie van verzoekster geen sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Gelet op dit oordeel behoeft de vraag of bij verzoekster een verzekeringsindicatie bestaat geen verdere bespreking.

- 8.6. De stelling van verzoekster dat de zorgverzekeraar, met zijn beslissing, op de stoel van de arts gaat zitten, treft geen doel. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar contact had moeten opnemen met haar KNO-arts. Het is in de eerste plaats aan de behandelaar om in overleg met een patiënt te bepalen of een keuze voor een bepaalde behandeling medisch passend is. Het is de taak van de verzekeraar om te beoordelen of er ook sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Dit wordt onder meer bepaald door de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Daarnaast kunnen door de wetgever specifieke uitsluitingen zijn opgenomen. Het is aan de zorgverzekeraar te beoordelen of aan genoemde criteria is voldaan en of geen uitsluiting van toepassing is. Aangezien de thans aangevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk bestond voor de zorgverzekeraar geen aanleiding contact op te nemen met de KNO-arts van verzoekster.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juli 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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

(...)

Artikel 2.4

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

(...)

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

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk overzicht vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel [A.1.1](#). In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3.c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

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.

Voorwaarden voor het recht op deze zorg

1. 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 voor de transplantatie. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner.
2. Voor het vervoer van de donor moeten wij u toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54.

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 zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.23 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 gehemeltespelten;
 - 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.28](#).

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) borstampuatie 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?](#)