



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie/rhinoplastiek bij een 'tension nose'
en neusklepinsufficiëntie, stand wetenschap en praktijk, indicatie

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

Zaaknummer : 202002408

Zittingsdatum : 17 november 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 22 maart 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Hierna heeft de commissie verzoekster verzocht het verschuldigde entreegeld van € 37,- te voldoen, hetgeen zij op 21 april 2021 heeft voldaan.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 juni 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 26 juli 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021025331) aan de commissie een advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te doen. Bij dit onderzoek moet nadere informatie worden opgevraagd ten aanzien van de precieze indicatie, de voorgenomen behandeling en of sprake is van een verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 2.4. Een kopie van het advies van het Zorginstituut is op 26 juli 2021 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in de begeleidende brief gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 3 september 2021 per brief de uitkomst van het nader onderzoek meegedeeld. Een kopie van deze reactie is op 6 september 2021 aan verzoekster gezonden. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld op het betreffende stuk te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft zij geen gebruik gemaakt.
- 2.5. De reactie van de ziektekostenverzekeraar van 3 september 2021 is op 20 september 2021 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Op 3 november 2021 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is eveneens op 3 november 2021 aan partijen gezonden.
- 2.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 22 september 2021 respectievelijk 24 september 2021 medegedeeld via videobellen te willen worden gehoord. Hierop zijn partijen uitgenodigd voor de hoorzitting van 17 november 2021. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster niet verschenen. Vervolgens heeft de commissie verzoekster twee keer gepoogd te bellen op het in het dossier aanwezige 06-nummer. Dit is niet gelukt. De ziektekostenverzekeraar is op 17 november 2021 gehoord en daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 18 november 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Eveneens op 18 november 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

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

3.2. Verzoekster kampt met neusdoorgankelijkheidsklachten. Door haar behandelend KNO-arts is zij verwezen naar een andere KNO-arts, die is gespecialiseerd in slaapapneu. Door laatstgenoemde is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een neuscorrectie/rhinoplastiek. Op 8 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde ingreep niet wordt verstrekt.

3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 29 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Bij brief van 26 juli 2021 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

“Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet beoordeeld worden of de behandeling van verzoekster voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het is onduidelijk voor welke indicatie de ingreep wordt toegepast. Er wordt zowel gesproken van OSAS, "tension nose" en een neusklepinsufficiëntie. Verder is ook onvoldoende duidelijk wat de beoogde ingreep behelst en welk probleem hiermee wordt verholpen. Dit is van belang omdat de aangevraagde ingreep relatief uitgebreid is (i.e. een correctief chirurgische behandeling van deformiteiten aan het benig neusskelet met laterale osteotomie, gecombineerd met ingrepen ter correctie van het septum en/of het vestibulum nasi), ondanks dat er in het verleden een succesvolle septumcorrectie is verricht.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier voldoet verzoekster mogelijk aan de voorwaarden uit de VAV Werkwijzer. Zoals eerder aangegeven zal dan echter wel duidelijkheid moeten worden verschaft over de precieze ingreep en indicatie. Niet te min geldt dat voor vergoeding ten laste van de basisverzekering eerst moet vaststaan dat de aangevraagde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook moet de aangevraagde behandeling het probleem van verzoekster verhelpen.

Het Zorginstituut merkt tot slot op dat er stukken lijken te ontbreken in het dossier. In de brief d.d. 21 juni 2021 van verweerder wordt een brief genoemd van de KNO-arts aan de huisarts d.d. 25 augustus 2020 die niet in het dossier zit. Ook worden er foto's genoemd in de aanvraag. Het dossier bevat echter alleen twee kleine foto's.

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van een (septo)rhinoplastiek ten laste van de basisverzekering dient informatie met betrekking tot de precieze indicatie en voorgenomen behandeling te worden toegevoegd aan het dossier. Indien het Zorginstituut tot de conclusie komt dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk moet het Zorginstituut beoordelen of sprake is van een verminking of een lichamelijke functiestoornis. Het betreft namelijk een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Voor deze beoordeling dient ook informatie te worden toegevoegd aan het dossier.”

- 3.5. Bij brief van 3 november 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies het volgende geconcludeerd:

"(...) Verweerder lijkt zich echter slechts te hebben gebaseerd op door de behandeld KNO-arts aan geleverde literatuur en geen eigen onderzoek te hebben gedaan naar andere bronnen. Een definitieve uitspraak of neuscorrectie/rhinoplastiek bij slaapproblemen al dan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk kan dan ook niet worden gedaan.

In dit geschil lijkt deze vraag echter ook niet relevant. Op basis van informatie van behandelend KNO-arts gaat het in deze zaak namelijk om een neuscorrectie/rhinoplastiek bij een 'tension nose' en neusklepinsufficiëntie.

Het verlagen van het dorsum nasi (de neusrug) en het (met alar batten graft = neusimplantaat) verstevigen van de alaire structuren (de neusvleugels) zijn geen behandelingen die de neusdoorgankelijk aangevoerd verbeteren. Dit blijkt voor verstevigen van alaire structuren onder meer uit een systematische review van Goudakos 2016.6 De door de behandelend KNO-arts aangeleverde artikelen van Patel 2020 (hump reductie) en Barret 2016 (verstevigen alaire structuren) maken dit niet anders.

In het algemeen is echter een neuscorrectie/rhinoplastiek bij problemen van de doorgankelijkheid van de neus wel gebruikelijk zorg. Het gaat dan om verruimen van de (inwendige) neusklep regio.

Dan dient te worden bepaald, aangezien het een behandeling van plastisch chirurgische aard betreft, of sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking, zoals omschreven is in artikel 2.4, onder b, van het Bzv. Deze voorwaarden zijn verder uitgewerkt in de VAV Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

Op basis van de beschikbare informatie is echter niet aangetoond dat sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van een verminking zoals bedoeld in de regelgeving."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde neuscorrectie/rhinoplastiek alsnog te verstrekken ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.

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

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de stand van de wetenschap en praktijk en 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster voert aan dat zij is gediagnosticeerd met slaapapneu waardoor zij 's ochtends vermoeid en met een droge mond wakker wordt. Bijkomend probleem is dat de neusvleugels van verzoekster zodanig aanzuigen dat zij hier overdag ook klachten van ondervindt. Zo heeft verzoekster veel last bij het sporten, spelen met de kinderen, fietsen, werk en het huishouden. Vanwege voornoemde problemen is verzoekster verwezen naar een KNO-arts die is gespecialiseerd in problemen rondom slaapapneu. Deze arts heeft tegenover haar verklaard dat in 99% van alle gevallen de slaapapneu en de vermoeidheidsklachten door neusvleugelaanzuiging na een neusvleugelcorrectie volledig zijn verdwenen. Om die reden heeft de desbetreffende KNO-arts namens verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd om toestemming voor een neuscorrectie/rhinoplastiek. Hierop is afwijzend beslist. Dat de ziektekostenverzekeraar de ingreep niet wil verstrekken stoort verzoekster zeer. Onder meer omdat de betrokken KNO-arts, naar de commissie begrijpt, een ervaren deskundige is en de ingreep geen cosmetisch karakter heeft, maar een medisch noodzakelijke ingreep betreft.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat namens verzoekster een neuscorrectie/rhinoplastiek is aangevraagd. Uit de aanvraag en de nadien overgelegde stukken is echter niet duidelijk welke ingreep exact bij verzoekster wordt uitgevoerd. Een en ander neemt niet weg dat het de ziektekostenverzekeraar, na onderzoek in Pubmed, is gebleken dat een rhinoplastiek bij aanzuigende neusvleugels geen behandeling is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er bestaat geen literatuur van goede kwaliteit die aantoonbaar maakt dat een neusvleugelcorrectie bijdraagt aan een betere functie van de neus en de klachten verhelpt. De ziektekostenverzekeraar heeft om die reden de aangevraagde neuscorrectie/rhinoplastiek afgewezen.
- 6.4. De commissie overweegt dat uit de verklaring van de behandelend KNO-arts blijkt dat bij verzoekster een 'tension nose' en neusklepinsufficiëntie aan de orde zijn. De behandeling bestaat uit het verlagen van het dorsum nasi (de neusbrug) en het (met alar batten graft = neusimplantaat) verstevigen van de alaire structuren (de neusvleugels). Beoordeeld moet worden of deze behandeling bij de gegeven indicaties voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 6.5. Bij de 'stand van de wetenschap en praktijk' gaat het om zorg die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn de stand van de medische wetenschap én 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. Alleen als de zorg aan deze voorwaarde voldoet, kan sprake zijn van verzekerde zorg.
- 6.6. 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. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.7. 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.

- 6.8. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de aangevraagde behandeling bij de indicaties 'tension nose' en neusklepinsufficiëntie. Het advies van 3 november 2021 bevat de uitkomst hiervan.

Uit dit advies blijkt dat het verlagen van het dorsum nasi (de neusrug) en het (met alar batten graft = neusimplantaat) verstevigen van de alaire structuren (de neusvleugels) geen behandeling is die de neusdoorgankelijkheid aantoonbaar verbetert, zodat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt voor het verstevigen van alaire structuren onder meer uit een systematische review van Goudakos 2016.

De door de behandelend KNO- arts aangeleverde artikelen van Patel 2020 (hump reductie) en Barret 2016 (verstevigen alaire structuren) maken dit niet anders. De commissie ziet dan ook geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en maakt de uitkomsten hiervan tot de hare. Dit betekent dat, voor zover de behandeling betrekking heeft op het verlagen van de neusrug en het verstevigen van de neusvleugels met een implantaat, geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

- 6.9. Uit het advies van het Zorginstituut van 3 november 2021 blijkt verder dat het verruimen van de (inwendige) neusklep regio wél voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom moet worden beoordeeld of bij verzoekster een (verzekerings)indicatie hiervoor aanwezig is in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemde bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv.

Het Zorginstituut komt, op basis van de beschikbare informatie, tot de conclusie dat niet is aangetoond dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking zoals bedoeld in de regelgeving. De commissie ziet geen aanleiding hiervan af te wijken en volgt het advies ook op dit aspect. Dit betekent dat een (verzekerings)indicatie voor het verruimen van de (inwendige) neusklep regio ontbreekt en dat de aanvraag voor een neuscorrectie/rhinoplastiek, voor zover het de zorgverzekering betreft, terecht werd afgewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan het verzoek niet ten laste van die verzekering worden toegewezen.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 november 2021,

L. Ritzema

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 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:

- a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e 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.

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: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2018-09-07#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Sub-paragraaf1.1_Artikel2.2.

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

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen 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 invoeren 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.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a een gewapend conflict;
- b een burgeroorlog;
- c een opstand;
- d binnenlandse onlusten;
- e oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griep prik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a keuringen;
- b griep prikken;
- c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e behandelingen met sterilisatie als doel;
- f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- h het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.



Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:
a kiezen van de donor;
b operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
c onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;
- b vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
- c vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op! Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.26 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c de volgende aangeboren misvormingen:
- lip-, kaak- en gehemeltspelen;
 - 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 agenesis/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 agenesis/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.

