

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie-extirpatie, Tannerstadium

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

Zaaknummer : 202101920

Zittingsdatum : 20 april 2022

1. Partijen

Ate B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 24 januari 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 31 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 9 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 maart 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 april 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022010250) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 april 2022 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht verzoeker op te roepen op het spreekuur van zijn medisch adviseur. Bij brief van 2 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat verzoeker op 25 april 2022 op het spreekuur van zijn medisch adviseur is geweest. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in bedoelde brief de bevindingen van de medisch adviseur uiteengezet. De commissie heeft verzoeker op 3 mei 2022 de reactie van de ziektekostenverzekeraar gestuurd en hem in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij brief van 10 mei 2022 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de reacties van 2 mei 2022 en 10 mei 2022 zijn op 16 mei 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 april 2022 aanpassing behoeft. Op 23 mei 2022 heeft het Zorginstituut per brief de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Restitutiepolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand (€ 750,-) en Zorg in het buitenland, Europa (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3.2. Verzoeker heeft last van borstvorming en hij heeft zich in verband hiermee gewend tot een plastisch chirurg. Deze heeft een gynaecomastie-extirpatie beiderzijds voorgesteld. De plastisch chirurg heeft hiertoe namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 augustus 2021 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Verzoeker heeft zich hierna voor een second opinion tot een andere plastisch chirurg gewend. Deze plastisch chirurg heeft in januari 2022 het volgende over verzoeker verklaard:

"Reden vankomst / Verwijzing

Second op[i]nion via collega [naam], plastisch chirurg Beverwijk: beoordeling gynaecomasthie

Speciële anamnese

Heeft al jaren last van gynaecomasthie. Sinds 11e levensjaar neiging tot borstvorming volgens vrouwelijk patroon, is in Rode Kruis Ziekenhuis al uitgebreid gescreend op achterliggende oorzaken; hierbij geen systemische afwijkingen ontdekt.

Door collega plastisch chirurg in Beverwijk aanvraag voor vergoeding voor gynaecomasthiecCorrectie ingediend, maar door verzekeraar afgekeurd, omdat er geen sprake zou zijn van een Tanner 4-afwijking.

Op advies van advocaat heden second op[i]nion aangevraagd voor lichamelijk onderzoek en classificatie.

Lichamelijk onderzoek

Gewicht: 79 kg

Lengte: 180 cm

BMI: 24.4

Evidente gynaecomasthie, te classificeren als Tanner 4. Evidente klierschijf palpabel, tevens enige vetdepositie. Daarnaast enig abdominaal subcutis surplus.

Conclusie

Evidente gynaecomasthie die als Tanner 4 kan worden geclassificeerd."

3.5. Bij brief van 10 januari 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar opnieuw verzocht diens standpunt te heroverwegen. Bij dit verzoek heeft hij de bevindingen van de arts die de second opinion heeft verricht, meegestuurd. Bij brief van 17 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanleiding ziet zijn eerdere standpunt te herzien.

3.6. Bij brief van 6 april 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Er is weliswaar sprake van beiderzijds aangetoond klier- (en vet)weefsel, maar er is geen onderliggende oorzaak van de gynaecomastie gevonden. Al hoewel onduidelijk is of dit inderdaad

is onderzocht bij een internist. De gynaecomastie bestaat langer dan 12 maanden en de BMI is lager dan 30.

Echter, de feminisatie van de borst is vergelijkbaar met Tannerstadium 3. Op basis van de foto's is verweerder terecht tot het oordeel gekomen dat geen sprake is van Tanner stadium M4. Er is niet zodanig veel vet (of klierweefsel) in de borst dat de areola een tweede verhoging op de borst wordt.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor een gynaecomastie extirpatie. De behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de indicatiecriteria voor een gynaecomastie extirpatie en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een gynaecomastie-extirpatie alsnog moet goedkeuren.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

- 6.1. 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 verzoeker

- 6.2. Verzoeker is van mening dat hij voldoet aan de door de ziektekostenverzekeraar genoemde voorwaarden. Dit heeft de behandelend plastisch chirurg hem ook bevestigd. Er is sprake van een duidelijke feminisatie van de borsten, dat wil zeggen een Tannerstadium van minimaal M4. Met een echo is aangetoond dat klierweefsel aanwezig is. Daarnaast heeft verzoeker elke dag pijn aan zijn borsten. De gynaecomastie bestaat inmiddels langer dan twaalf maanden, en er is hiervoor geen onderliggende oorzaak gevonden. Daarnaast is de BMI van verzoeker onder de 30. Om te bewijzen dat een Tannerstadium van minimaal M4 aan de orde is, heeft verzoeker een second opinion laten uitvoeren. Ook de tweede plastisch chirurg oordeelde dat bij verzoeker kan worden gesproken van Tannerstadium M4. Het bevreemdt verzoeker dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dan tot de conclusie komt dat sprake is van Tannerstadium M3, te meer omdat deze adviseur heeft verklaard dat de borsten niet veel groter zijn gegroeid dan in 2020. Hieruit maakt verzoeker op dat dus wel sprake is geweest van enige groei. Wat verder opvalt is dat de medisch adviseur tijdens het spreekuurbezoek de borsten niet heeft opgemeten, terwijl de plastisch chirurg in het ziekenhuis dit wel heeft gedaan.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een gynaecomastie-extirpatie alleen wordt vergoed vanuit de zorgverzekering in geval van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Van verminking kan in dit verband worden gesproken bij een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is aan de orde bij ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Daarnaast moet sprake zijn van aangetoond klierweefsel, waarbij geen onderliggende oorzaak bestaat, of waarbij deze reeds is behandeld. Ook moet de gynaecomastie langer bestaan dan twaalf maanden. De aanvraag is afgewezen, omdat in de situatie van verzoeker niet is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden. Met name betreft het hier geen Tannerstadium M4. In vervolg op de hoorzitting is verzoeker gezien op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit spreekuurbezoek heeft deze medisch adviseur geconstateerd dat bij verzoeker sprake is van Tannerstadium M3, zodat geen aanspraak bestaat op een gynaecomastie-extirpatie.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt dat de zorgverzekering aanspraak biedt op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een gynaecomastie-extirpatie. Voorwaarde om voor (vergoeding van) een dergelijke behandeling in aanmerking te komen is dat sprake moet zijn van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel B.25 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemde bepaling vormt een uitwerking van de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv.
- 6.5. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gesproken bij ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Verzoeker heeft gesteld dat dit bij hem het geval is, maar uit het onderzoek door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op 25 april 2022 is gebleken dat verzoeker af en toe een wat stekend gevoel bij de borst heeft, maar niet dagelijkse pijn. Van ernstige pijnklachten die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren is dan ook, naar het oordeel van de commissie, geen sprake. Ook anderszins is door verzoeker niet gesteld dat bij hem een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel B.25 van de voorwaarden van de zorgverzekering, aanwezig is. Dit alles leidt tot de conclusie dat bij verzoeker geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de zorgverzekering bestaat.
- 6.6. Bij de beantwoording van de vraag of sprake is van 'verminking' hanteert de commissie als uitgangspunt de Werkwijzer beoordelingen van plastisch-chirurgische aard (de VAV-werkwijzer, versie 2019), te weten: een gynaecomastie, waarbij sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Zowel de behandelend plastisch chirurg als de plastisch chirurg die verzoeker heeft bezocht voor een second opinion heeft verklaard dat bij verzoeker Tannerstadium M4 aan de orde is. Dit is bestreden door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar die de door verzoeker overgelegde foto's heeft bekeken. Tijdens het spreekuurbezoek is vastgesteld dat bij verzoeker kan worden gesproken van Tannerstadium M3. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 6 april 2022 geconcludeerd dat bij verzoeker weliswaar sprake is van een gynaecomastie, maar dat uit de overgelegde foto's niet blijkt van Tannerstadium M4 of meer. In dit verband is toegelicht dat er niet zodanig veel vet (of klierweefsel) in de borst aanwezig is dat de areola (de tepelhof) een tweede verhoging op de borst wordt. Aldus is niet voldaan aan de voorwaarde voor verminking. Om die reden wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet geen aanleiding van de conclusie af te wijken en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van een gynaecomastie-extirpatie ten laste van de zorgverzekering.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juni 2022,

A.I.M. van Mierlo

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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

(...)

.

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 Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

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. 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 Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.25 Plastische chirurgie

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

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelen;
 - 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.30](#).

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. 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 Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl 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 Revalidatie

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

26.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- 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.