

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202303129

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanvraag voor een buikwandcorrectie alsnog goed te keuren.  
De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie, omdat hij niet voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden.
- 1.2. Verzoeker ondervindt klachten van de overtollige buikhuid, ontstaan als gevolg van een bariatrische ingreep die hij heeft ondergaan. De commissie kan zich voorstellen dat dit door verzoeker als zeer hinderlijk wordt ervaren. Beoordeeld moet echter worden of de zorgverzekeraar op basis van de geldende regelgeving is gehouden de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Daarvoor is vereist dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de regelgeving. Hiervan is bij verzoeker niet gebleken, zoals ook volgt uit het advies van het Zorginstituut van 28 mei 2024. De commissie volgt dit advies. Voorts is niet gebleken van een telefonische toezegging. De aangevraagde buikwandcorrectie maakt geen deel uit van de bariatrische ingreep die verzoeker heeft ondergaan en kan evenmin worden beschouwd als een stimulans, met als doel een dergelijke operatie te laten plaatsvinden. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft op 4 maart 2024 telefonisch aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij een uitspraak van de commissie wenst. Op 8 maart 2024 heeft een intakegesprek plaatsgevonden en is verzoeker gevraagd om het entreegeld te voldoen en aanvullende informatie te sturen. Bij brief van dezelfde datum is een en ander schriftelijk bevestigd. Op 5 april 2024 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 brief van 24 april 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 april 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 28 mei 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024017741) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 mei 2024 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 zorgverzekeraar zijn op 3 juli 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 juli 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 28 mei 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 juli 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker is fors afgevallen en heeft als gevolg hiervan last van overtollige huid rond de buik. Hij heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een "abdominoplastiek incl. navelinsertie en reven fascia abdominalis" (hierna: buikwandcorrectie).
- 3.3. Bij brief van 1 mei 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor een buikwandcorrectie is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 28 september 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De behandelend plastisch chirurg heeft bij ongedateerde brief aan verzoeker, voor zover hier van belang, verklaard:
 

*"Vandaag bezocht u mijn spreekuur met het verzoek om uw machtigingsaanvraag voor een buikwandcorrectie te herzien. Zoals besproken kan ik op de drie vragen:*

  - is er een verminking
  - is er een bewegingsbeperking
  - is er sprake van smetten

*geen ja antwoorden omdat u niet voldoet aan de criteria die aan deze vragen worden gesteld door de zorgverzekeraar. Wel kan ik aangeven dat u in uw beroep als schilder wel onnodig veel hinder ondervindt van het overtollige huidsurplus van uw buik."*
- 3.6. Bij brief van 28 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 11 juli 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanvraag voor een buikwandcorrectie alsnog goed te keuren.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 4 november 2023 aangevoerd dat hij tweemaal contact heeft opgenomen met de klantenservice van de zorgverzekeraar. Daarbij heeft hij de duidelijke vraag gesteld of hij in aanmerking komt voor een buikwandcorrectie. Daarop is tweemaal bevestigend geantwoord. Wel werd gezegd dat hij moest voldoen aan de eis dat de Body Mass Index (BMI) lager moest zijn dan 35 en dat hij gedurende een jaar na de bariatrische operatie een stabiel gewicht moest hebben. Verzoeker is geopereerd op 11 juni 2021 en woog op dat moment 152 kilo. Op 27 juni 2023 woog verzoeker 90 kilo. Twee jaren na de bariatrische operatie heeft verzoeker een afspraak gemaakt met een plastisch chirurg. Deze vertelde hem dat hij de buikwandcorrectie kon uitvoeren en heeft hiervoor een aanvraag naar de zorgverzekeraar gestuurd. De aanvraag werd vervolgens door de zorgverzekeraar afgewezen.
- 4.3. Verzoeker benadrukt dat hij vanwege de bariatrische operatie zijn hele leven heeft aangepast. Hij is veel gezonder gaan leven. Hij eet gezond, rookt niet meer en drinkt ook geen alcohol meer. Drugs heeft verzoeker nooit gebruikt. Hij fietst en wandelt veel en heeft werk gevonden als schilder. Tijdens zijn werk heeft verzoeker last van de overtollige buikhuid. Deze zit in de weg bij het staan op een ladder of steiger en is pijnlijk als hij hier tegenaan leunt voor stabiliteit. Ook staat verzoeker soms in posities waarin de buik erg in de weg zit. Dit zorgt voor irritatie en pijn. Verder zweet verzoeker erg onder de buikhuid, zeker in zijn werkkleding.
- 4.4. Volgens de zorgverzekeraar moet de buikhuid tot bijna op de knieën hangen om in aanmerking te komen voor vergoeding van een buikwandcorrectie. In dat geval had verzoeker ver over de 200 kilo moeten wegen voordat hij de bariatrische operatie onderging. Deze strenge regel maakt voor verzoeker dat de nazorg na zijn operatie niet compleet is. Hij raakt hierdoor gedemotiveerd en vraagt zich af of hij de juiste keuze heeft gemaakt. Verzoeker voelt zich behoorlijk in de steek gelaten door de zorgverzekeraar.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat bij de beoordeling van een aanvraag gebruik wordt gemaakt van foto's van vrouwenbuiken. Hier is hij het niet mee eens. Mannenbuiken zijn anders dan vrouwenbuiken. Voorafgaand aan de operatie is telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar om te vragen of een buikwandcorrectie zou worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Dit bleek het geval. Ongeveer een jaar na de operatie, is nogmaals telefonisch contact opgenomen. In dit telefoongesprek heeft de zorgverzekeraar uitgelegd dat als het BMI goed was, in dit geval onder de 35, en het gewicht één jaar stabiel, het goed zou komen. Na dit telefoongesprek is een afspraak gemaakt met de plastisch chirurg. Het advies van de plastisch chirurg om nogmaals telefonisch contact op te nemen met de zorgverzekeraar is gevolgd. De zorgverzekeraar heeft dezelfde informatie gegeven. Over een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is niet gesproken.

#### 5. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie, ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 28 september 2023 aangevoerd dat een buikwandcorrectie alleen mag worden vergoed als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Er bestaat een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bij onbehandelbaar smetten in de huidplooien, die niet reageren op de gangbare intensieve behandeling en waarbij een operatie nog de enige mogelijkheid vormt om de klachten te verhelpen. Verder is een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aan de orde bij een ernstige bewegingsbeperking. Hiervoor moet het huidoverschot minimaal een kwart

van de bovenbenen bedekken. Van verminking wordt gesproken bij een buikwand die in ernst vergelijkbaar is met een derdegraads verbranding, of een ernstige huid- of contourafwijking. Voor de beoordeling hiervan wordt de Pittsburgh Rating Scale (PRS) gebruikt. Bij een PRS graad 3 wordt gesproken van verminking. Verzoeker voldoet niet aan bovenstaande voorwaarden. De zorgverzekeraar ziet in het dossier geen aanwijzing dat verzoeker op enig moment een toezegging is gedaan. Wel is hem verteld dat de arts een aanvraag kan indienen en dat op basis daarvan wordt beoordeeld of verzoeker voldoet aan de voorwaarden.

- 5.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 29 februari 2024 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat uit de ongedateerde brief van de behandelend plastisch chirurg blijkt dat door verzoeker niet wordt voldaan aan de voorwaarden. Het ondervinden van onnodig veel hinder van het huidsurplus is geen verzekeringsindicatie. Verder heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de foto's uit de "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard" (hierna: VAV-werkwijzer) worden gebruikt als ondersteuning bij de beoordeling van verminking, zoals deze is gedefinieerd. Het artikel waaruit deze foto's komen (Song, A.Y. et al, 2005) is hier in opzet niet voor bedoeld, maar wordt gebruikt bij de preoperatieve planning van de juiste chirurgische behandeling en het evalueren van de resultaten. Bij gebrek aan een passender classificatiemodel is ervoor gekozen de foto's uit het artikel als beoordelingskader voor de indicatie te gebruiken. De indicatie wordt in de eerste plaats echter gesteld door de behandelend arts en deze heeft geoordeeld dat bij verzoeker van PRS3 geen sprake is. De zorgverzekeraar heeft, op basis van de overgelegde foto's, geen reden aan de juistheid van dit oordeel te twijfelen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief aan de commissie van 24 april 2024 aanvullend verklaard dat hij naar aanleiding van het geschil telefonisch contact heeft opgenomen met verzoeker. Hieruit is gebleken dat hij de vergoedingscriteria voor een buikwandcorrectie veel te streng vindt, en dat hij het onterecht vindt dat in de bijlagen van de VAV-Werkwijzer foto's staan van de buiken van vrouwen. Een ernstige contourafwijking in de vorm van PRS graad 3 of meer kan volgens de zorgverzekeraar echter ook goed worden bepaald bij een man op basis van de VAV-Werkwijzer. De behandelend medisch specialist heeft verklaard dat een zodanige contourafwijking bij verzoeker niet aan de orde is. De regelgeving wordt bepaald door de wetgever, en hieraan is de zorgverzekeraar gebonden. De zorgverzekeraar herhaalt dat hij in de gemaakte notities van de gesprekken met verzoeker niet terugziet dat een toezegging is gedaan. De buikwandcorrectie kan niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij begrip heeft voor de wens van verzoeker voor een buikwandcorrectie. Echter, deze behandeling komt pas voor vergoeding in aanmerking als aan bepaalde strenge voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden zijn duidelijk gecommuniceerd. In onderhavig geval is relevant of sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is het de vraag of het buikschort voldoende overhangt. Voor de beoordeling hiervan is een objectieve maatstaf ontwikkeld. Dit staat los van het geslacht van een verzekerde. De plastisch chirurg heeft verklaard dat bij verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit geldt ook voor de vraag of sprake is van een verminking. Dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking wordt bevestigd in het advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht. Uit de contactregistraties blijkt dat verzoeker vraagt om een bevestiging van de zorgverzekeraar dat hij vergoeding krijgt voor de behandeling. Aan hem wordt uitgelegd dat een aanvraag moet worden ingediend. Inherent hieraan is dat die aanvraag kan worden afgewezen. Dit is uiteindelijk ook gebeurd. Uit het dossier blijkt niet dat een bepaalde verwachting is gewekt dat de behandeling zou worden vergoed of dat verzoeker hiervan zonder meer mocht uit gaan.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 28 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*De medische correspondentie in het dossier bestaat uit een machtigingsaanvraag voor een buikwandcorrectie zonder ingediende foto's. Het dossier bevat vijf foto's die verzoeker op verzoek van de SKGZ heeft opgestuurd.*

*Uit de medische correspondentie blijkt dat verzoeker in juni 2021 een gastric sleeve operatie heeft ondergaan en dat hij langer dan een jaar een BMI van 28,4 kg/m<sup>2</sup> heeft. Volgens de behandelend plastisch chirurg is geen sprake van een lichamelijke functiestoornis (smetten of een bewegingsbeperking). Daarnaast heeft de behandelend plastisch chirurg aangegeven dat geen sprake is van verminking volgens de PRS 3.*

*In het dossier zijn geen aanwijzingen dat bij verzoeker sprake is van onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Het dossier bevat foto's van verzoeker met kleding, waarop niet een buikoverhang te zien is die een 1/4 van het bovenbeen bedekt. De foto's tonen geen PRS 3, omdat verzoeker geen dubbele buikplooi heeft. Tot slot is geen sprake van verminking die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding.*

### **Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoeker sprake is van een verminking of een lichamelijke functiestoornis. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van een buikwandcorrectie (abdominoplastiek inclusief navelinsertie en reven fascia abdominalis) 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 indicatievoorwaarden voor een buikwandcorrectie (abdominoplastiek inclusief navelinsertie en reven fascia abdominalis) ten laste van de basisverzekering."*

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. 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 plastische chirurgie en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.
- 8.2. Verzoeker ondervindt klachten van de overtollige buikhuid, ontstaan als gevolg van een bariatrische ingreep die hij heeft ondergaan. De commissie kan zich voorstellen dat dit door verzoeker als zeer hinderlijk wordt ervaren. Beoordeeld moet echter worden of de zorgverzekeraar

op basis van de hiervoor geldende regelgeving is gehouden de kosten van deze ingreep aan verzoeker te vergoeden. Hiertoe overweegt de commissie het volgende.

- 8.3. Namens verzoeker is een aanvraag ingediend voor een buikwandcorrectie. Het gaat hier om een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen, dat wil zeggen: als een verzekeringsindicatie bestaat. Voor behandelingen van plastisch chirurgische aard gelden in dat verband strikte voorwaarden. Deze voorwaarden staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoeker niet van toepassing. De commissie toetst daarom alleen aan de onderdelen 1 en 2. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is uitgewerkt in de VAV-werkwijzer. De VAV-werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 8.4. Volgens de regelgeving is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als iemand ernstige lichamelijke klachten heeft. Diegene wordt hierbij sterk beperkt in de activiteiten van het dagelijks leven. In het geval van een buikwandcorrectie geldt dat de overhangende huid van de buik meer dan een kwart van de lengte-as van het bovenbeen moet bedekken om te kunnen spreken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hoe dit wordt gemeten, staat beschreven in de VAV-Werkwijzer. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan bij chronisch onbehandelbaar smetten. Het moet gaan om smetten die er altijd zijn en die niet genezen. Een operatie is dan nog de enige oplossing. Voordat een buikwandcorrectie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering, moet bij de behandeling van smetten de landelijke richtlijn verpleging en verzorging '*Smetten (intertrigo) preventie en behandeling*' zijn gevolgd. Gebleken is dat bij verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de regelgeving. Dit volgt reeds uit de ongedateerde verklaring van de behandelend plastisch chirurg en wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 28 mei 2024.
- 8.5. Van verminking is volgens de regelgeving sprake bij een ernstige misvorming, soms ook met weefseldefecten. Hierbij kan worden gedacht aan misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of geamputeerde borsten. Is de situatie van de buikwand vergelijkbaar met een derdegraads verbranding, dan kan worden gesproken van verminking. Verminking kan daarnaast aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de PRS. Aan de hand van de tekst en de foto's in de VAV-Werkwijzer wordt de ernst van de situatie beoordeeld. Bij een PRS graad 3 kan worden gesproken van verminking. Het staat niet ter discussie dat bij verzoeker geen sprake is van verminking, vergelijkbaar met een derdegraads brandwond. De behandelend plastisch chirurg heeft in de aanvraag vermeld dat bij verzoeker geen sprake is van een PRS graad 3. Om die reden kan bij hem niet worden gesproken van verminking als bedoeld in de regelgeving. Dit wordt onderschreven in het advies van het Zorginstituut van 28 mei 2024.
- 8.6. Verzoeker heeft verklaard dat hij tweemaal contact heeft gehad met de zorgverzekeraar en dat hem toen de voorwaarden zijn genoemd waaraan moet zijn voldaan om in aanmerking te komen voor een buikwandcorrectie. Specifiek zou het dan gaan om de BMI (< 35) en een stabiel gewicht gedurende één jaar. De zorgverzekeraar heeft erkend dat is gesproken over deze voorwaarden, maar dat daarbij is uitgelegd dat een aanvraag moet worden ingediend. Dat is gesproken over het indienen van een aanvraag is door verzoeker bevestigd. Vervolgens is verzoeker naar de specialist gegaan. Uit de brief van de specialist blijkt dat verzoeker niet voldoet aan de criteria die de zorgverzekeraar stelt. Verzoeker heeft daaropvolgend een aanvraag ingediend. Uit deze aanvraag blijkt dat verzoeker niet aan de geldende voorwaarden voldoet, in de zin dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking. Hoewel de

commissie de verklaring van verzoeker over de inhoud van de gesprekken met de zorgverzekeraar geloofwaardig vindt, hangt met het moeten indienen van een aanvraag samen dat hierop nog een beslissing door de zorgverzekeraar moet volgen, die ook afwijzend kan zijn. Uit de opmerking van de zorgverzekeraar dat verzoeker een aanvraag kan indienen, blijkt niet zonder meer dat de behandeling ook wordt vergoed.

Wat verzoeker heeft gesteld over de nazorg en het gedemotiveerd raken kan niet leiden tot een ander oordeel. Er heeft bij verzoeker bariatrische chirurgie plaatsgevonden. De buikwandcorrectie vormt hiervan wat betreft de verzekeringsindicatie geen onderdeel, noch direct (als 'nazorg') noch indirect (als stimulans, met als doel te kiezen voor een bariatrische ingreep). Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek moet worden afgewezen.

*Slotsom*

8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juli 2024,

J.J.M. Linders

## **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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

## **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
    - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslakte 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;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

### A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

#### A.3.1. Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

#### A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekt deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
  - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
  - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
  - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt. Voorbeeld:

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-

kering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
  - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
  - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
  - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

### A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar gereguleerde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) is de Regeling zorgverzekering te vinden.

### A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U heeft een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulp-

middelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

### A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

## A.4. Begin en duur van uw verzekering

### A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvangen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

### A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de

## B.4.5. Plastische chirurgie

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik;
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslachte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen). De transseksualiteit moet zijn vastgesteld door een zorgverlener die deelneemt aan een transgenderennetwerk;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
  - lip-, kaak- of gehemeltepleten;
  - misvorming van het benig aangezicht;
  - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
  - geboortevlekken;
  - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:  
u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter heeft (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de

zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.

- Laserbehandeling:  
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:  
u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

## Voorwaarden

### Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Als een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing, Zie hiervoor artikel B.4.2.

### Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

### Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

### Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van

verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.4.6. Revalidatiezorg

### B.4.6.1. Revalidatie

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

Het gaat om complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag. Deze worden veroorzaakt door:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte. Er wordt

gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen.

### Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

### Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor een revalidatiebehandeling zonder opname.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op (vergoeding van) deze zorg.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe Multi morbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2., en gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wlz;
- Er bestaat ook aanspraak op geriatrische revalidatie bij plotseling optredende mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid door een aandoening waarvoor u al medisch specialistische zorg heeft ontvangen. In dit geval moet