

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202303594

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
  - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de voor hem aangevraagde wenkbrauwcorrectie beiderzijds alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen omdat bij verzoeker geen sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
- 1.2. De commissie overweegt dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op een wenkbrauwcorrectie in geval van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. De commissie oordeelt dat hiervan bij verzoeker geen sprake is. Met name is niet komen vast te staan dat de wenkbrauwen zich onder het niveau van de orbitarand bevinden en dat een gezichtsveldbeperking (verticale lidspleet van zeven millimeter of minder) bestaat. De commissie wijst het verzoek daarom 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. Bij klachtenformulier van 4 december 2023 heeft verzoeker de SKGZ ervan op de hoogte gebracht dat hij een klacht heeft tegen de ziektekostenverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 9 februari 2024 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Hierop heeft verzoeker de commissie bij e-mailbericht van 11 februari 2024 gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 1 maart 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 27 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 april 2024 aan verzoeker gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 21 mei 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024014184) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 21 mei 2024, aan partijen gezonden.
- 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 5 juni 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 10 juni 2024 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 mei 2024 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies aandacht te besteden aan de ter zitting door de verzoeker betrokken stelling dat hij, anders dan in het voorlopig advies wordt geconcludeerd, wel degelijk een gezichtsveldbeperking heeft. Dit omdat zijn rechter ooglid ongeveer tien keer per uur dichtvalt. Volgens verzoeker staat nergens in de regelgeving dat de gezichtsveldbeperking permanent aanwezig moet zijn. Bij brief van 24 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht, waarin ook op deze stelling wordt ingegaan. Een kopie hiervan is, eveneens op 24 juni 2024, aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

### 3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de PZP Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering CZ 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft al geruime tijd last van een overhangend rechter ooglid en wenkbrauw. Om de klachten te verhelpen heeft hij zich gewend tot een plastisch chirurg. Deze heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een wenkbrauwcorrectie beiderzijds. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoeker meegedeeld dat hij de aanvraag heeft afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 20 november 2023 en 5 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 21 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 24 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de ten behoeve van hem aangevraagde wenkbrauwcorrectie beiderzijds alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker heeft gesteld dat hij al geruime tijd kampt met slecht zicht als gevolg van een overhangend ooglid. Dit ooglid veroorzaakt dusdanige gezichtsveldproblemen dat verzoeker

moeite heeft met lopen, autorijden en fietsen. Hij moet zijn ooglid dan ook constant opgetrokken houden. Volgens de behandelend plastisch chirurg kan een wenkbrauw- en ooglidcorrectie de oplossing voor het probleem zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft de hiertoe ingediende aanvraag echter afgewezen, omdat niet is voldaan aan de voorwaarde dat de pupil grotendeels bedekt moet zijn. Los van het feit dat dit volgens de behandelend plastisch chirurg bij verzoeker wél aan de orde is, geldt dat nergens in de voorwaarden staat vermeld dat dit de gehele dag het geval moet zijn. Met name in de avonduren zakken de wenkbrauw en het ooglid ver over het oog heen waardoor het gezichtsvermogen ernstig wordt beperkt.

Verder heeft verzoeker gesteld dat, als gevolg van de overhangende wenkbrauw, het oogvocht in het rechteroog opdroogt waardoor de boven- en onderoogleden aan elkaar 'vastlijmen'. Dit 'vastlijmen' van de oogleden is dermate ernstig dat het oog vanzelf sluit, waarna de oogbol naar rechts draait en deze positie aanhoudt totdat de lijm is verwijderd en het oog weer kan worden geopend.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker, in aanvulling hierop, aangevoerd dat een wenkbrauwcorrectie ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed als het ooglid over het centrum van de pupil zakt. Bij het rechteroog gebeurt dit laatste ongeveer 10 keer per uur. De wenkbrauw en het ooglid zakken dan dermate ver over het oog heen dat het gezichtsvermogen ernstig wordt beperkt. Nergens in de bestaande regelgeving staat dat de gezichtsveldbeperking permanent aanwezig moet zijn. De bestaande klachten heeft verzoeker met zijn plastisch chirurg besproken en volgens laatstgenoemde kunnen deze alleen worden verholpen door een wenkbrauwcorrectie te laten uitvoeren. De klachten betreffen overigens alleen het rechteroog, maar om een en ander symmetrisch te houden is een wenkbrauwcorrectie beiderzijds aangevraagd.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een wenkbrauwcorrectie. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden moet sprake zijn van vermindering of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van de kosten van een plastisch chirurgische ingreep, zoals een wenkbrauwcorrectie. Voor de nadere invulling van deze voorwaarden wordt gebruik gemaakt van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV Werkwijzer). Volgens de VAV Werkwijzer is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis waarbij een wenkbrauwcorrectie kan worden vergoed, als de wenkbrauw zich onder het niveau van de orbitarand bevindt en de verticale ooglidspleet 7 mm of minder groot is. Dit komt er feitelijk op neer dat het overhangende ooglid 1 mm (of lager) boven het centrum van de pupil hangt. Het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot ernstige belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Bij subjectieve klachten zoals moeheid, een drukkend gevoel op het oog etc. is geen vergoeding mogelijk.
- 5.2. Op basis van de door verzoeker overgelegde foto's is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat niet wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden. Hoewel de behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat bij verzoeker sprake is van een verticale lidspleet van 7 millimeter, blijkt dit niet uit de overgelegde foto's. Op deze foto's is te zien dat de pupillen weliswaar iets bedekt zijn, maar nog grotendeels vrij liggen. Ook de andere door verzoeker beschreven klachten, zoals het constant opgetrokken houden van de oogleden, kunnen niet worden aangemerkt als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de regelgeving. Voor zover verzoeker stelt dat bij hem, naast een wenkbrauwcorrectie, een ooglidcorrectie zal worden uitgevoerd, geldt dat deze laatste ingreep door de plastisch chirurg niet is aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft van de behandelend plastisch chirurg alleen een aanvraag ontvangen voor een wenkbrauwcorrectie en deze is beoordeeld.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en ter aanvulling hierop aangevoerd dat het feit dat het ooglid ongeveer tien keer per uur dichtvalt niet maakt dat gesproken kan worden van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 21 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### "Verminking

Het dossier bevat enkele foto's. Op geen van de foto's is een verminking te zien zoals bedoeld in de regelgeving.

### Lichamelijke functiestoornis

De wenkbrauwen van verzoeker lijken zich iets onder de bovenste orbitarand te bevinden. Over een eventuele gezichtsveldbeperking, merkt het Zorginstituut het volgende op. Op twee foto's behorend bij de aanvraag d.d. 29 augustus 2023 kijkt verzoeker ontspannen recht vooruit. De berekende lidspleet is beiderzijds meer dan 7 mm. De overhangende huidplooi hangt meer dan 1 mm boven het midden van de pupil. Hieruit volgt dat geen sprake is van een gezichtsveldbeperking. De andere twee foto's behorend bij het aanvraagformulier zijn niet recht van voren, maar respectievelijk lateraal en schuin genomen. Hierdoor zijn deze foto's ongeschikt voor een beoordeling op basis van de VAV Werkwijzer. De foto's die bijgevoegd zijn bij het klachtformulier (d.d. 4 december 2023) zijn ook niet recht van voren genomen en geven geen nieuwe informatie.

### 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 wenkbrauwcorrectie ten laste van de basisverzekering.

### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is niet op een wenkbrauwcorrectie ten laste van de basisverzekering aangewezen."

- 6.2. In het definitief advies van 24 juni 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U vraagt ons om in te gaan op het volgende. Verzoeker heeft ter zitting gesteld dat hij, anders dan in het voorlopig advies wordt geconcludeerd, wel degelijk een gezichtsveldbeperking heeft. Dit omdat ongeveer tien keer per uur zijn rechter ooglid dichtvalt. Nergens in de regelgeving staat volgens verzoeker vermeld dat de gezichtsveldbeperking permanent aanwezig moet zijn.

Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Vergoeding van een wenkbrauwcorrectie is mogelijk bij een verminking of een objectief aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Wanneer sprake is van een objectief aantoonbare lichamelijke functiestoornis is verder uitgewerkt in de VAV-werkwijzer: de wenkbrauw bevindt zich onder het niveau van de orbita rand en er bestaat een gezichtsveldbeperking. Dit is reeds toegelicht in het voorlopig advies.

Op basis van de beschikbare foto's in het dossier is bij verzoeker de berekende lidspleet beiderzijds meer dan 7 mm en hangt de overhangende huidplooi meer dan 1 mm boven het midden van de pupil.

Derhalve is bij verzoeker geen sprake van een gezichtsveldbeperking en is niet objectief aangetoond dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis. Dat verzoeker stelt dat zijn rechter ooglid meermaals per uur dichtvalt doet hier niet aan af."

## 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.

### Zorgverzekering

- 8.2. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie is de ingediende aanvraag leidend en moet worden beoordeeld of deze terecht is afgewezen. Uit de overgelegde stukken blijkt dat de behandelend plastisch chirurg bij de ziektekostenverzekeraar alleen een aanvraag heeft gedaan voor een wenkbrauwcorrectie beiderzijds ten behoeve van verzoeker en niet, zoals verzoeker stelt, ook voor een ooglidcorrectie. Dit betekent dat de commissie uitsluitend zal beoordelen of de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde wenkbrauwcorrectie beiderzijds terecht heeft afgewezen.
- 8.3. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een wenkbrauwcorrectie. Voorwaarde om voor vergoeding van een dergelijke behandeling in aanmerking te komen is dat sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel B.4.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in de VAV Werkwijzer. De VAV Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit zich hierbij aan.
- 8.4. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake als de wenkbrauw zich onder het niveau van de orbitarand bevindt en een gezichtsveldbeperking (verticale lidspleet van zeven millimeter of minder) bestaat. De behandelend plastisch chirurg heeft in de aanvraag verklaard dat verzoeker hieraan voldoet. De commissie is, gelet op de adviezen van het Zorginstituut van 21 mei 2024 en 24 juni 2024, en de door verzoeker overgelegde foto's, van oordeel dat het bestaan van een gezichtsveldbeperking bij verzoeker niet is aangetoond. Of, zoals verzoeker heeft gesteld, zijn situatie gedurende de dag verslechtert, moet in het midden blijven. Het is aan degene die aanspraak maakt op vergoeding ten laste van een verzekering aan te tonen dat aan de voorwaarden hiervoor wordt voldaan. In dat verband moet worden vastgesteld dat geen foto's zijn overgelegd die een verslechtering gedurende de dag tonen en dat van de wel aangeleverde foto's een deel niet bruikbaar is voor de beoordeling. De gevolgen van een en ander zijn voor risico van verzoeker. De andere, door verzoeker in dit verband genoemde klachten, zoals het tien keer per dag dichtvallen van het rechteroog, het constant moeten optrekken van de oogleden, het opdrogen van het oogvocht en het moeite hebben met lopen, autorijden en fietsen, kunnen niet worden aangemerkt als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.5. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is bij verzoeker geen sprake.
- 8.6. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat bij verzoeker een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking ontbreekt. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een wenkbrauwcorrectie beiderzijds terecht heeft afgewezen.

*Slotsom*

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 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

### 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 gehemeltespelten;
  - 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

---

# 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.