



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Plastische chirurgie, abdominoplastiek met fleur de lis correctie, inclusief navel reinsertie en
reven fascia abdominalis (buikwandcorrectie)

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

Zaaknummer : 202001571

Zittingsdatum : 2 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 28 augustus 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 oktober 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 11 november 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020045574) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 12 november 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 8 december 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 9 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend** en Aanvullend Tand** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend voor een abdominoplastiek met fleur de lis correctie, inclusief navel reinsertie en reven fascia abdominalis (buikwandcorrectie).
- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft op 27 februari 2020 over verzoekster verklaard:

“Speciële anamnese:

- *De patiënte heeft sinds 14-02-2018 een stabiel gewicht*
- *Er zijn geen (corrigeerbare) voedingsdeficiënties*
- *Er is geen recente zwangerschap*
- *De patiënt[e] rookt niet*
- *Er zijn geen psychologische contra-indicaties*

Het probleem gebied is de buikhuid. Deze is duidelijk hangend, dubbele plooi en gaat over gehele breedte van de huid. Tevens is er excès huid t.h.v. mons pubis. De huid is niet verkleurd en smetplekken zijn momenteel niet aanwezig.

Het huidoverschot is door A. Cheragwandi (arts Nederlandse Contour Kliniek) en dr. E van Haren (Post Bariatrisch Plastisch Chirurg St. Anna), in een MDO, beoordeeld als een Pittsburgh score 3. In de bijlage vindt u de Rainbow scale waarin het huid overschot van patiënte inzichtelijk wordt gemaakt aan de hand van de Pittsburgh Rating Scale.

Patiënte ervaart in haar dagelijkse routine (zoals douchen en aankleden), op haar werk en bij het sporten dat de huidoverschot in de weg zit. De patiënte ervaart hierdoor rugklachten en psychische klachten (schaamte en onzekerheid).

Een contour herstellende chirurgische ingreep door middel van een fleur de lis en mons pubis correctie lift lijkt geïndiceerd, derhalve verzoeken wij u een machtiging voor behandeling af te geven."

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 maart 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij haar geen machtiging toekent voor een buikwandcorrectie.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 22 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 11 november 2020 heeft Zorginstituut de commissie per brief geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. In dat verband heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat sprake is van een verminking die overeenkomt met een PR.S graad 3. De afwijking komt overeen met een PR.S graad 2. Ook is geen sprake van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding. Verder is niet aangetoond dat de klachten van verzoekster als zodanig ernstig kunnen worden beschouwd dat gesproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van een ernstige bewegingsbeperking. Tot slot blijkt uit het dossier dat geen sprake is van onbehandelbare chronische smetten.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De gevraagde behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil
- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde buikwandcorrectie te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
5. Bevoegdheid van de commissie
- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster is na een bariatrische ingreep ongeveer dertig kilo afgevallen. Door het gewichtsverlies is huidoverschot op haar buik ontstaan. Dit huidoverschot beperkt verzoekster in haar dagelijks leven en zij ervaart hiervan veel hinder. Zo stinkt de huid en heeft zij last van haar rug. Daarnaast lijdt de relatie van verzoekster onder het vele huidoverschot. Verzoekster vindt dat zij er verminkt uitziet en haar man deelt deze mening. Dit alles veroorzaakt psychische problemen.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat een verzekeringsindicatie ontbreekt. Anders dan de behandelend plastisch chirurg stelt, is bij verzoekster geen sprake van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Uit de meegestuurde foto's blijkt dat bij verzoekster Pittsburgh Rating Scale graad 2 aan de orde is. Voorts is geen sprake van een functionele beperking of verminking zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.4. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor een buikwandcorrectie. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een ernstige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte as van het bovenbeen bedekt, zo blijkt uit een toelichting op de wijziging van de onderliggende regelgeving waarmee de - voordien uitgesloten - buikwandcorrectie onder de verzekerde zorg is gebracht. Uit de overgelegde foto's blijkt dat dit bij verzoekster niet aan de orde is. Verzoekster stelt dat een buikwandcorrectie mogelijk een positief effect heeft op haar rugklachten. De commissie merkt hierover op dat de wetgever een beperkte invulling heeft willen geven aan het begrip ernstige bewegingsbeperking, en dat de gestelde rugklachten hier niet onder vallen. Dergelijke klachten vormen daarom geen (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde behandeling.
- 6.6. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van chronisch onbehandelbare smetten in de huidplooien. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien die altijd daar aanwezig zijn. Daarbij moet worden vastgesteld waarom de behandeling door de dermatoloog niet succesvol is geweest, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij last heeft van smetten, maar niet is gebleken dat zij hiervoor onder behandeling is (geweest) bij een dermatoloog. Aangezien uit de verklaring van de behandelend plastisch chirurg blijkt dat bij verzoekster geen sprake is van smetten die altijd aanwezig zijn in de huidplooien, en zij - als gezegd - hiervoor ook niet onder behandeling is (geweest) bij een dermatoloog, kan niet worden gesproken van onbehandelbaar smetten.
- 6.7. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat. 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 aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden,

replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. De situatie van verzoekster voldoet hier niet aan.

Van verminking kan voorts worden gesproken bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3. Uit de verklaring van de post bariatrisch chirurg van 27 februari 2020 valt op te maken dat verzoekster hieraan voldoet. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander bestreden, en gesteld dat op basis van de overgelegde foto's niet kan worden geconcludeerd dat bij verzoekster sprake is van PRS graad 3.

De commissie is, op basis van de overgelegde foto's en gelet op het advies van het Zorginstituut van 11 november 2020, van oordeel dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van PRS graad 3. De huid- en contourafwijkingen in met name de buikstreek en de 'epigastric fullness' zijn weliswaar duidelijk aanwezig, maar deze zijn in ernst niet te vergelijken met de foto's uit het aangehaalde wetenschappelijke artikel en de VAV Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Derhalve is bij verzoekster geen sprake van verminking als bedoeld in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.8. Verzoekster voldoet aldus niet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarom heeft zij geen aanspraak op een buikwandcorrectie ten laste van deze verzekering.

Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, met name ten aanzien van de psychische klachten die zij ondervindt, maakt de uitkomst niet anders. Psychische klachten, hoezeer de commissie ook begrijpt dat deze voor verzoekster moeilijk zijn te dragen, vormen in het kader van de zorgverzekering namelijk geen (verzekerings)indicatie voor behandelingen van plastisch chirurgische aard.

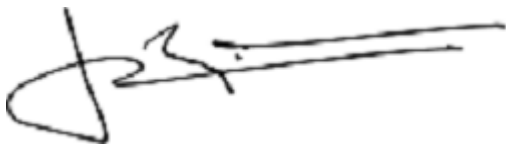
Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden ingewilligd.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 december 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

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

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

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

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

B.26 Plastische chirurgie

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

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

- lip-, kaak- en gehemeltepleten;
- 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.31.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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



Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

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

B.27 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (27.1) en geriatrische revalidatie (27.2).

27.1 Medisch specialistische revalidatie

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

- a stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen, heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
- 2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject;

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

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

27.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening, sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.



Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

(...)

Artikel 2.4

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

(...)

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

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij 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;

(...)

.