

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302727

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

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

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde vetschortresectie (dermolipsectomie), zonder navelreinsertie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de aangevraagde behandeling niet wordt vergoed, omdat verzoekster niet voldoet aan de geldende voorwaarden. Er is bij haar geen sprake van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
- 1.2. De commissie overweegt dat behandelingen van plastisch chirurgische aard, zoals de aangevraagde behandeling, kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Hiervoor gelden voorwaarden, onder andere dat een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking aanwezig moet zijn. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de beoordeling van de behandelend arts leidend zou moeten zijn, overweegt de commissie waar het gaat om de zorgverzekering in algemene zin als volgt. Het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen ligt bij de behandelend arts. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de aldus geïndiceerde behandeling ook onder de dekking van de zorgverzekering valt (of is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat, (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten, en (iv) indien overeengekomen of de behandeling doelmatig is. In deze zaak blijkt uit het advies van het Zorginstituut dat verzoekster niet voldoet aan de hiervoor genoemde voorwaarde van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op een vetschortresectie (dermolipsectomie), zonder navelreinsertie, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de voordelen van de ingreep, haar stabiele gewicht, mentale problematiek en het voorkómen van zorgkosten in de toekomst, begrijpt de commissie ten volle maar maakt het voorgaande niet anders. Vragen omtrent toepassing van *coulance* vallen buiten de bevoegdheid van de commissie, terwijl van een ongelijke behandeling van verzoekster niet is gebleken. 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. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 12 november 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 november 2023 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 9 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 januari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024001620) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 februari 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 maart 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 2 april 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 februari 2024 aanpassing behoeft. Hierbij is door de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 8 april 2024 heeft het Zorginstituut de vraag van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies van 6 februari 2024 als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitief advies is op 9 april 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De commissie heeft van partijen geen reactie mogen ontvangen.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vitaal 3, Aanvullend+ en Tand 1 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Namens verzoekster is op 22 juni 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een vetschortresectie (dermolipectomie), zonder navelreinsertie.
- 3.3. Bij brief van 28 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde behandeling niet wordt vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 25 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. In reactie hierop is nogmaals om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de aanvraag opnieuw wordt afgewezen.
- 3.5. Bij brief van 6 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 8 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

#### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde vetschortresectie (dermolipectomie), zonder navelreinsertie, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In haar brief van 16 juli 2023 heeft verzoekster toegelicht dat zij in 2018 een sleeve-operatie heeft ondergaan. Hierna is zij 60 kilo afgevallen. Inmiddels is haar gewicht al drie jaar stabiel. Verzoekster heeft na grondig onderzoek, zelfevaluatie en gesprekken met haar behandelend arts besloten dat de aangevraagde behandeling de meest geschikte medische ingreep is om haar gezondheidsproblemen aan te pakken. Naast esthetische redenen, zijn er ernstige functionele en psychologische redenen die haar verzoek hiertoe ondersteunen. De behandeling is niet alleen essentieel voor haar algehele welzijn, maar zal ook aanzienlijk bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van leven. Daarnaast heeft verzoekster, na de ingreep in 2018, te horen gekregen dat zij in aanmerking zou komen voor een hersteloperatie als zij meer dan twee jaar een stabiel gewicht zou hebben.
- 4.3. Bij klachtenformulier van 24 september 2023 heeft verzoekster aangevoerd dat haar behandelend plastisch chirurg de ingreep kwalificeert als uiterst noodzakelijk. Ter onderbouwing hiervan heeft zij een brief van de arts van 14 augustus 2023 overgelegd.
- 4.4. Bij e-mailbericht van 12 november 2023 heeft verzoekster gesteld dat bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Volgens verzoekster bedekt haar overhangende buikhuid namelijk 1/3e van de lengte van haar bovenbeen.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat de behandelend plastisch chirurg de situatie heeft beoordeeld en haar de aangevraagde behandeling heeft geadviseerd. Volgens de behandelend plastisch chirurg is aan de geldende voorwaarden voldaan. Hij heeft ook uitgelegd dat de behandeling nog andere lichamelijke en psychologische voordelen heeft voor verzoekster. De plastisch chirurg is in dit geval de specialist en hij vindt, aldus verzoekster, dat aan de voorwaarden is voldaan. Zijn beoordeling zou leidend moeten zijn. De behandelend plastisch chirurg is op basis van lichamelijk onderzoek tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster sprake is van Pittsburgh Rating Scale (hierna: PRS) graad 3. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar op grond van een aantal foto's beslist dat niet aan de voorwaarden is voldaan. Blijkbaar maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van een eenvoudiger meetmethode dan de plastisch chirurg. Het uitvoeren van de aangevraagde behandeling zal volgens de behandelend plastisch chirurg voorkómen dat verzoekster in de toekomst meer gebruik gaat maken van andere zorg. Het vergoeden van de behandeling is ook op bredere schaal dus goed. Bij haar beslissing een bariatrische ingreep te ondergaan, heeft verzoekster meegewogen dat zij in aanmerking zou komen voor een operatie om de overtollige huid te laten weghalen. Dit is haar in 2018 bij de aanmelding voor de sleeve-operatie ook verteld. Blijkbaar voldeed verzoekster destijds aan de geldende voorwaarden en met die informatie is zij aan de slag gegaan. Tot slot heeft verzoekster opgemerkt dat er weinig aandacht is voor de menselijke kant en dat de kosten ook uit coulance zouden kunnen worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

#### 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aangevraagde behandeling niet wordt vergoed. In zijn brief van 9 januari 2024 heeft hij toegelicht dat de zorgverzekering dekking biedt voor plastische chirurgie als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Psychische klachten zijn daarmee door de wetgever uitgesloten als grond voor vergoeding. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid

(VAV) (hierna: de VAV-Werkwijzer). De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard.

- 5.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Van een ernstige bewegingsbeperking is sprake als de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte as van het bovenbeen bedekt. De medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar hebben op basis van de overgelegde foto's geconcludeerd dat dit bij verzoekster niet aan de orde is. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van onbehandelbaar smetten. Het gaat hierbij om smetten in de huidplooiën die daar altijd aanwezig zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Bij verzoekster is van onbehandelbaar smetten geen sprake. Dit is ook bevestigd door de behandelend plastisch chirurg.
- 5.3. Het begrip verminking in artikel 2.4, eerste lid, sub b, van het Besluit zorgverzekering is bij de invoering in 2006 niet nader toegelicht. Het artikellid is daarna niet meer gewijzigd. De term is overgenomen uit de ziekenfondsperiode en vindt zijn oorsprong in 1991. In de Regeling zorgverzekering wordt het begrip verminking niet genoemd, maar in de toelichting bij het schrappen, per 1 januari 2007, van de abdominoplastiek als één van de niet te verzekeren prestaties wordt hierover vermeld:

*"Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die direct in het oog springt. Met het begrip verminking wordt bedoeld op verworven aandoeningen zoals misvormingen door brandwonden, misvormingen aan de handen door rheumatoïde arthritis, misvormingen door verlammingen van de aangezichtsenuw, amputatie van ledematen of geamputeerde mammae. Er is sprake van een verminking bij een abdominoplastiek indien er een misvorming is, die vergelijkbaar is met bovenstaande voorbeelden. Een overhang van de buik valt niet onder deze definitie."* (Staatscourant 30 oktober 2006, nr. 211).

In de VAV-Werkwijzer is het volgende opgenomen over abdominoplastiek en dermolipectomie:

*"Abdominoplastiek: Er is vergoeding mogelijk bij:*

- *verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Hieronder wordt verstaan: een Pittsburgh Rating Scale graad 3 of*
- *een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. In het advies van 23 november 2020 (met verwijzing naar het voorlopig advies van 15 september 2020) merkt het Zorginstituut Nederland met betrekking tot de beoordeling van de Pittsburgh Rating Scale het volgende op:*

*"De PRS is in opzet niet ontwikkeld voor de beoordeling van verminking, maar voor gebruik bij de preoperatieve planning van de juiste chirurgische behandeling en het evalueren van de resultaten. Omdat een meer passend classificatie instrument ontbreekt is door alle betrokken partijen (i.e. VAV, NVPC, ZN, ZIN) voor de Pittsburgh Rating Scale gekozen als hulpmiddel voor de beoordeling van een aanvraag voor bijvoorbeeld een abdominoplastiek of dermolipectomie. Gezien het een primair visuele beoordeling betreft is de tabel uit het originele artikel van Song et al. geen onderdeel van de VAV-werkwijzer. Mocht er twijfel bestaan tussen twee categorieën van de PRS dan kunnen de omschrijvingen eventueel helpen om het uiterlijk in te delen onder één van de graderingen.*

*Uit rechtspraak volgt dat in het kader van de Zvw het primaat van de beoordeling of een patiënt op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts ligt (GHARL 17 december 2019, ECLI:NL:GHARL:2019:10906 r.o. 5.5.). Dat betekent echter niet dat een zorgverzekeraar mede vanuit zijn rol geen eigen beoordeling mag uitvoeren of een behandeling onder de dekking valt en of de verzekerde voor de gevraagde zorg is aangewezen."*

De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband herhaald dat de beschikbare foto's zijn beoordeeld door zijn medisch adviseurs. De conclusie is dat van een PRS 3 of een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding in het onderhavige geval geen sprake is.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een aanvraag wordt ingediend door een behandelend arts en dat het vervolgens aan de ziektekostenverzekeraar is om te beoordelen of voor de medische indicatie van de behandelend arts ook een verzekeringsindicatie bestaat, dat wil zeggen - samengevat - of de geïndiceerde behandeling ook is verzekerd. Als een arts vindt dat een verzekerde aanspraak heeft op een behandeling, betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar dit zonder meer moet overnemen. De ziektekostenverzekeraar toetst zelfstandig aan de geldende wet- en regelgeving.
- De medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar hebben onderzocht of bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Ook het Zorginstituut heeft hieraan getoetst. In dit dossier zijn duidelijke foto's overgelegd, namelijk in juli en november 2023. Op de foto's is zichtbaar dat het buikschort niet een kwart van het bovenbeen bedekt. Daarnaast blijkt uit het aanvraagformulier dat onbehandelbaar smetten niet aan de orde is. Ten aanzien van een eventuele verminking hebben de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat hiervan geen sprake is. Dit blijkt ook uit het advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verder herhaald dat psychisch lijden geen rol speelt bij de beoordeling of aanspraak bestaat op de aangevraagde zorg. Hiervoor heeft de wetgever uitdrukkelijk gekozen. Dit geldt ook voor het feit dat in de toekomst mogelijk zorgkosten worden bespaard.
- Voor vergoeding van de kosten van de behandeling uit coulance ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 6 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **"Beoordeling**

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

#### *Lichamelijke functiestoornis*

*Op basis van de medische correspondentie in het dossier heeft verzoekster in 2018 een gastric sleeve operatie ondergaan en heeft verzoekster langer dan 12 maanden een stabiel gewicht met een BMI van 32,9 kg/m<sup>2</sup>. Er zijn geen aanwijzingen voor onbehandelbaar smetten of ernstige bewegingsbeperkingen. Bovendien bedekt de buikoverhang niet 1/4 van het bovenbeen. Er is bij verzoekster dus geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.*

#### *Verminking*

*Het dossier bevat twee series van foto's. Op de eerste serie foto's (d.d. 20 juni 2023) zijn de buik en benen gedeeltelijk met kleding bedekt, terwijl op de tweede serie foto's (d.d. 12 november 2023) de buik en benen onbedekt zijn. Geen van beide fotoseries laat een PRS 3 zien. Ook is er geen sprake van verminking die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Hieruit volgt dat bij verzoekster geen sprake is van verminking zoals bedoeld in de regelgeving.*

### **Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking of een lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van een vetschortresectie (dermolipectomie) ten laste van de basisverzekering.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een vetschortresectie (dermolipectomie) ten laste van de basisverzekering."*

- 6.2. In het definitief advies van 8 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen.*

*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.*

*Ter zitting is namens verzoekster benadrukt dat volgens de behandelend plastisch chirurg sprake is van PRS 3. De behandelend plastisch chirurg heeft verzoekster gezien en heeft de situatie beoordeeld. Op basis van de foto's komt verweerder tot de conclusie dat geen sprake is van PRS 3. Het Zorginstituut komt ook tot de conclusie dat geen sprake is van PRS 3. U vraagt of het Zorginstituut dit, gezien de foto's, nader kan toelichten.*

*In de VAV-werkwijzer wordt voor de beoordeling van de PRS verwezen naar de bijlage 2 en de foto's in de publicatie van Song. De foto's van verzoekster in het dossier passen bij een PRS 2. Er is geen dubbele buikplooi te zien, zoals bij een PRS 3 het geval is".*

## 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.18 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 het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en behandelingen van plastisch chirurgische aard 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. Namens verzoekster is een aanvraag ingediend voor een vetschortresectie (dermolipectomie), zonder navelreinsertie. Dit is een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat behandelingen van plastisch chirurgische aard kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hiervoor gelden voorwaarden, die staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn niet op de situatie van verzoekster van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2 van de bepaling, waarin de verzekeringsindicaties aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking zijn opgenomen. Wat in dit verband wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader 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.
- 8.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het gaan om een aandoening die dusdanig ernstige lichamelijke klachten veroorzaakt dat de verzekerde fors wordt beperkt in het functioneren. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is aan de orde bij een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is in geval van een dermolipectomie van de buik sprake als de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte af van het bovenbeen bedekt. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van chronisch onbehandelbare smetten in de huidplooien. Dit zijn niet te voorkomen of niet te genezen

smetten in de huidplooiën die altijd daar aanwezig zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt.

Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat. Daarbij kan worden gedacht aan 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. Verminking kan daarnaast aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de PRS graad 3.

- 8.4. De commissie heeft ten volle begrip voor de wens van verzoekster om de aangevraagde behandeling te ondergaan. Dit laat echter onverlet dat het de taak van de commissie is om te beoordelen of verzoekster aanspraak heeft op deze behandeling op grond van de hiervoor uiteengezette, door de wetgever gestelde voorwaarden voor vergoeding op grond van de zorgverzekering.
- 8.5. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de beoordeling van een behandelend arts leidend zou moeten zijn bij de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van zorg, overweegt de commissie, waar het gaat om de zorgverzekering in algemene zin, als volgt. Het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen ligt bij de behandelend arts. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk?'), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat (is diegene 'redelijkerwijs aangewezen op' de zorg of andere dienst en is voldaan aan de door de wetgever gestelde nadere voorwaarden ter zake?), (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de zorgverzekeraar) en tot slot (iv) - indien overeengekomen - de behandeling doelmatig is. Om deze reden wordt de stelling van verzoekster gepasseerd.
- 8.6. Partijen zijn niet erover verdeeld dat de aangevraagde behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt. Maar volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat hiervoor bij verzoekster geen verzekeringsindicatie en daarom heeft hij de aanvraag van 22 juni 2023 afgewezen. De commissie zal hierna beoordelen of deze afwijzing van de ziektekostenverzekeraar terecht is geweest.
- 8.7. Op grond van de Zvw is de commissie verplicht over een haar voorgelegd geschil, zoals het onderhavige, advies te vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut komt in zijn advies van 6 februari 2024 tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak kan maken op de aangevraagde vetschortresectie (dermoliplectomie), zonder navelreinsertie, ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut merkt op dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de hiervoor beschreven zin. De commissie volgt het Zorginstituut hierin en stelt vast dat dit ook blijkt uit de aanvraag van de behandelend plastisch chirurg. De niet-onderbouwde stelling van verzoekster dat de overhangende buikhuid 1/3e van de lengte af van het bovenbeen bedekt wordt gepasseerd. Tevens kan in het geval van verzoekster niet worden gesproken van verminking, zoals bedoeld in de regelgeving. De foto's in het dossier laten geen PRS 3 zien. Evenmin is sprake van een verminking die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding, aldus het Zorginstituut. De commissie neemt die conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 8.8. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de voordelen van de ingreep en haar sinds langere tijd stabiele gewicht, maakt het voorgaande niet anders. Een stabiel gewicht is vereist om te kunnen spreken van een doelmatige behandeling. Hieraan gaat vooraf dat iemand redelijkerwijs op die behandeling moet zijn aangewezen, en verzoekster voldoet - gelet op hetgeen hiervoor is geconcludeerd - niet aan de in dat verband door de wetgever geformuleerde strikte voorwaarden ten aanzien van de verzekeringsindicatie. Ook de door verzoekster aangevoerde mentale beweegredenen, hoe ernstig ook, maken niet dat zij voldoet aan de voorwaarden die gelden voor aanspraak op de aangevraagde behandeling. De door verzoekster beschreven mentale

problematiek, die de commissie zeer begrijpelijk en aannemelijk acht, is echter niet te beschouwen als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Zij vormt als zodanig geen verzekeringsindicatie voor een behandeling van plastisch chirurgische aard. Ook de stelling van verzoekster dat met de aangevraagde behandeling in de toekomst zorgkosten worden bespaard, maakt niet dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de hieraan verbonden kosten te vergoeden. De zorgverzekering voorziet niet in de mogelijkheid van substitutie, dat wil zeggen in de vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van bespaarde kosten van wél verzekerde zorg.

- 8.9. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op een vetschortresectie (dermolipectomie), zonder navelreinsertie, ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag terecht afgewezen.
- 8.10. Verzoekster heeft nog een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat het toepassen van coulance een handelen uit welwillendheid is, dus zonder dat het juridisch verplicht is. In het algemeen gaat het om zeer bijzondere omstandigheden of een samenloop van allerhande factoren in de specifieke situatie van betrokkene. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan in zijn beslissing over de toepassing hiervan niet treden. De commissie kan slechts een vergoeding toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken.

#### *Slotsom*

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 mei 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs



### **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 ernstige gebreken. 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.

---

## 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.

---

# 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, geriatische 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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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.

# A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

## A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

### 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website [zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr](http://zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr);
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

### 1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3.c:BWBR0018715&hoofdstuk=2&paragraaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

### 1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

## A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

### 2.1 Recht op zorg

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

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

### 2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

### 2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

### 2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

### B.23 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 gehemeltespelten;
  - misvormingen van het benig aangezicht;
  - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
  - geboortevlekken of
  - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
  - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
  - onbehandelbare smetten in huidplooien;
  - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g. 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.28](#).

#### Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgenders, is een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het genderteam.
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 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

#### 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 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://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.