

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501216

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 4 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 10 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 februari 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 11 maart 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026003757) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 maart 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker heeft bij bericht van 16 maart 2026 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een kopie hiervan is op 17 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 maart 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 mei 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module C (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft in 2025 een revisie operatie aan de heup ondergaan. Vervolgens is hij in Bad Boekelo te Boekelo in een door hem gehuurd appartement verbleven om te herstellen. De nota's van het verblijf heeft hij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij uitkeringsbericht aan verzoeker meegedeeld dat de door hem gedeclareerde kosten ten bedrage van totaal € 1.914,70 niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 14 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij e-mailbericht van 21 november 2025 heeft de behandelend orthopedisch chirurg over verzoeker verklaard:

“[naam verzoeker + geboortedatum] heeft een revisie operatie gehad in verband met een bacteriële infectie bij zijn totale heupprothese. Dit was in april van dit jaar. Na het plaatsen van een primaire totale heupprothese is het bij ons mogelijk om te revalideren in Bad Boekelo. Bij een revalidatie na een revisie operatie is dit niet mogelijk. (...)”

- 2.6. Bij brief van 11 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 13 mei 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog (een deel van) de kosten moet vergoeden van zijn verblijf in Bad Boekelo in 2025.
- 3.2. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 2 juli 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, toegelicht dat hij in 2023 is gevallen met de mountainbike. Hierbij heeft hij een gecompliceerde breuk in het heup/bekkengebied opgelopen, waaraan hij is geopereerd. Deze operatie is niet gelukt, waardoor hij in februari 2024 opnieuw moest worden geopereerd. In juni 2024 volgde een liesbreukoperatie. Verzoeker bleef echter klachten houden en in januari 2025 zijn puncties afgenomen. Het bleek dat verzoeker een bacteriële infectie had bij de steel van de heupprothese. Op 15 april 2025 is hij opnieuw geopereerd. Twee dagen na de operatie is hij gestart met de revalidatie in Bad Boekelo. Verzoeker licht toe dat hij de chirurg had gevraagd om hem eerder te opereren in verband met een jubileumfeest van de zaak dat stond gepland. Voor de vele gasten waren op locatie al hotelkamers gereserveerd. Dit feest afzeggen of verplaatsen zou verzoeker zeer veel geld gaan kosten. Daarnaast kon de operatie niet lang worden uitgesteld vanwege de bacteriële infectie en bovendien werd de pijn bijna ondragelijk. Verzoeker heeft gekozen voor Bad Boekelo, omdat dit voor hem de enige optie was, en hij heeft de chirurg gevraagd of hij hier kon revalideren. In Bad Boekelo worden vier appartementen gehuurd door Medisch Spectrum Twente (MST). Deze waren echter niet beschikbaar, dus heeft verzoeker aldaar zelf een appartement

gehuurd. Verzoeker vindt dat hij aanspraak heeft op de vergoeding die geldt voor de appartementen van MST. Bovendien waren de kosten wel vergoed als hij naar een andere instelling was gegaan. Bij een eerder verblijf in een ander revalidatiecentrum zijn de kosten hiervan namelijk wel vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 4 december 2025, gericht aan de commissie, in aanvulling op het bovenstaande, toegelicht dat hij inderdaad niet door de behandelend chirurg is verwezen naar Bad Boekelo, maar dat hij hierom zelf heeft gevraagd. De chirurg ging ermee akkoord dat verzoeker daar zou revalideren, maar hij moest dan zelf alles regelen. Verzoeker merkt op dat hij voorafgaand op de website van MST heeft gekeken, waarop is vermeld dat het verblijf, de maaltijden en het herstelprogramma gratis zijn. Hierbij wordt verwezen naar de website van Resort Hotel Bad Boekelo.
- 3.4. Verzoeker heeft bij bericht van 16 maart 2026 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 11 maart 2026. Verzoeker merkt op dat hij niet eerder van de term ‘geriatrische revalidatie’ had gehoord, en dat ook niet van hem mag worden verwacht dat hij hiervan kennis heeft. Hij benadrukt dat MST op zijn website volop reclame maakt voor de revalidatie in Bad Boekelo. Verzoeker herhaalt dat hij met de behandelend chirurg niet heeft gesproken over de kosten van het verblijf. Hij vindt het niet rechtvaardig dat deze kosten niet door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verklaard dat hij op de website van het Medisch Spectrum Twente (hierna: het MST) heeft gekeken. Daar is te lezen dat de behandelend arts, in het geval van verzoeker de orthopeed, akkoord moet gaan met het verblijf. Verzoeker had veel pijn en was erg angstig voor de bacteriële infectie. Hij heeft er alles aan gedaan om de operatie eerder te laten plaatsvinden. In overleg met de orthopeed is verzoeker eerder geopereerd. Omdat alle appartementen van het MST waren verhuurd, moest verzoeker bij Resort Bad Boekelo zelf een appartement huren. Volgens verzoeker schiet de informatievoorziening op de website van het MST te kort. De hele gang van zaken is misleidend geweest. Door de verkregen informatie is hij ervan uitgegaan dat het verblijf in Bad Boekelo na de revisie operatie onder de dekking van de zorgverzekering zou vallen. In tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard is hij geopereerd aan een nieuwe heup, zoals staat vermeld op de website van het MST. De revisie heeft plaatsgevonden aan de nieuwe heup.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op de door hem gevraagde vergoeding. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 14 februari 2025 aangevoerd dat uit telefonische informatie van het ziekenhuis is gebleken dat er geen medische noodzaak was voor verblijf in Bad Boekelo. Aangezien de indicatie hiervoor niet was gesteld, was het ook niet mogelijk een kamer te gebruiken die via het ziekenhuis wordt gehuurd. Daarnaast is Bad Boekelo geen herstellingsoord dat voorkomt op de lijst met erkende herstellingsoorden. Daarom biedt ook de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding.
- 4.2. In de brief van 3 december 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij – desgevraagd – nogmaals contact heeft opgenomen met MST. De behandelend orthopedisch chirurg heeft toegelicht dat alleen na het plaatsen van een primaire prothese er soms de mogelijkheid is tot herstel in Bad Boekelo. Bij een revisie-operatie, zoals bij verzoeker heeft plaatsgevonden, is dit niet mogelijk. De orthopedisch chirurg heeft verzoeker ook niet aangeraden om naar Bad Boekelo te gaan. Verzoeker heeft hem zelf gevraagd naar deze mogelijkheid. De orthopedisch chirurg heeft hem hierop verteld dat het mogelijk is het verblijf aldaar zelf te regelen, maar dat de kosten voor eigen rekening zouden blijven.

De kosten van een eerder verblijf in een revalidatiecentrum zijn inderdaad door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Dit betrof een instelling die geriatrische revalidatie levert. Het gaat hierbij om kortdurende, multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. Deze zorg valt onder medisch specialistische zorg en is ook als zodanig door de instelling in rekening gebracht met een prestatiebeschrijving zoals die door de Nederlandse Zorgautoriteit is vastgesteld. Bad Boekelo voldoet niet aan deze voorwaarden.

- 4.3. In de brief van 10 februari 2026, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunten herhaald. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat de behandelend chirurg heeft bevestigd dat revalidatie in het geval van verzoeker niet medisch noodzakelijk was. Het is aan de behandelend arts om een medische indicatie te stellen voor revalidatie, in overeenstemming met de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep, en niet aan de (medisch adviseur van de) zorgverzekeraar. Uit de correspondentie met MST blijkt dat bij verzoeker geen sprake was van een medische indicatie voor revalidatie. Ook heeft de behandelend orthopedisch chirurg de ziektekostenverzekeraar verteld dat hij verzoeker erop heeft gewezen dat de kosten van het verblijf in Bad Boekelo voor eigen rekening zouden blijven. De ziektekostenverzekeraar heeft de volledige nota van Bad Boekelo afgewezen. De kosten van het verblijf bedroegen totaal € 1.225,-. De overige gedeclareerde kosten hadden betrekking op vervoer (onbekend voor wie) en consumpties. Deze kosten vallen sowieso niet onder de dekking van de verzekering. Op de nota staan geen kosten van zorg vermeld.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop gesteld dat op de website van het MST bij ‘Revalidatie in Bad Boekelo’ staat dat als men een nieuwe heup of knie heeft gekregen, er kan worden gerevalideerd in het Resort Bad Boekelo. De orthopedisch chirurg beoordeelt of dit mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat van het plaatsen van een nieuwe heup bij verzoeker geen sprake is. De orthopedisch chirurg heeft in zijn e-mailbericht van 21 november 2025 opgemerkt dat bij een revalidatie na een revisie het revalideren in Bad Boekelo via MST niet mogelijk is. Het is wel mogelijk dit zelf te regelen, maar de kosten worden dan niet vergoed. De ziektekostenverzekeraar licht verder toe dat een vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk is. Dan moet het gaan om een zorginstelling die is opgenomen als herstellingsoord. Ook moet voorafgaand aan de opname een aanvraag worden ingediend. Aan beide voorwaarden wordt niet voldaan. Daarnaast gevraagd door de commissie licht de ziektekostenverzekeraar toe dat als wel sprake was geweest van een medische situatie voor revalidatie, de kosten in de DBC vallen en ook via de DBC zouden zijn gedeclareerd. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat – voor zover hij kan bepalen, omdat hij geen medisch adviseur is – een revisie een correctie aan de eerder geplaatste nieuwe heup is. De operatie waarvoor verzoeker in Bad Boekelo verbleef, was niet voor het plaatsen van een nieuwe heup. Deze regels heeft de ziektekostenverzekeraar niet bepaald, maar komen vanuit het ziekenhuis. De orthopedisch chirurg heeft dit ook zo verklaard.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 11 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit de stukken in het dossier is niet gebleken dat het verblijf van verzekerde medisch noodzakelijk was. Uit de e-mail van 21 november 2025 van de behandelend orthopedisch chirurg blijkt juist dat verblijf in Bad Boekelo in het kader van revalidatie na een revisieoperatie niet mogelijk is. Hij schrijft hierover het volgende:

“Na het plaatsen van een primaire totale heupprothese is het bij ons mogelijk om te revalideren in Bad Boekelo. Bij een revalidatie na een revisie operatie is dit niet mogelijk. Volgens [verzoeker] heb ik hem aangeraden om naar Bad Boekelo te gaan. Dit klopt niet. Hij heeft mij gevraagd of die mogelijkheid er is. Ik heb aangegeven dat het mogelijk is. Bij ons is het dan niet mogelijk om vergoeding te krijgen voor verblijf in Bad Boekelo. Ik heb [verzoeker] geïnformeerd dat het mogelijk is om het verblijf in Bad Boekelo zelf te regelen en dat de kosten dan wel voor eigen rekening zullen zijn?”

Uit de voornoemde e-mail maakt het Zorginstituut op dat er in de optiek van de behandelend orthopedisch chirurg geen sprake was van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een medische indicatie had voor verblijf in Bad Boekelo. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten voor het verblijf in Bad Boekelo ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 13 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Uit het verslag en de aanvullende stukken 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.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 79 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische revalidatie, geriatrische revalidatie, en verblijf 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

- 7.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat zijn verblijf in Bad Boekelo nodig was in verband met revalidatie na een revisieoperatie van zijn heup. De aanspraak op medisch-specialistische revalidatie is geregeld op de pagina's 135, 136 en 137 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is opgenomen vindt zijn grondslag in artikel 2.4 Bzv. Bad Boekelo is geen ziekenhuis of revalidatiecentrum. Daarnaast is niet gebleken van een verwijzing naar, of een indicatie voor medisch-specialistische revalidatie. De behandelend orthopedisch chirurg heeft in lijn hiermee verklaard. Ook is niet gebleken dat verzoeker in Bad Boekelo onder directe leiding en verantwoordelijkheid van een revalidatiearts door een team van verschillende zorgverleners is behandeld. Gedeclareerd zijn kosten van verblijf en consumpties,

maar niet van verleende zorg. Er is dus niet voldaan aan de voorwaarden voor medisch-specialistische revalidatie zoals genoemd in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker heeft betoogd dat de website van het MST misleidend is, maar de ziektekostenverzekeraar kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor de inhoud daarvan. Daarnaast is de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk voor het informeren van zijn patiënten.

- 7.3. Verzoeker heeft ook gesteld dat een eerder verblijf in een revalidatiecentrum wel is vergoed. Volgens de ziektekostenverzekeraar betrof het hier een instelling die geriatrische revalidatiezorg levert. De aanspraak op geriatrische revalidatie is geregeld op de pagina's 138 en 139 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is opgenomen vindt zijn grondslag in artikel 2.5c Bzv. Geriatrische revalidatie is in de voorwaarden gedefinieerd als: "revalidatiezorg die een team van zorgverleners onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde verleent aan kwetsbare patiënten, met meer gezondheidsproblemen." Uit de in het dossier aanwezige stukken blijkt niet dat verzoeker in Bad Boekelo is behandeld door een team van zorgverleners onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. Ook is niet gebleken dat verzoeker een indicatie of verwijzing had voor geriatrische revalidatie. Daarnaast is niet gebleken dat Bad Boekelo is aan te merken als een verpleeghuis, revalidatiecentrum of een vergelijkbare instelling, zoals in de zorgverzekering als voorwaarde is gesteld. Ook hier geldt dat de gedeclareerde kosten zien op verblijf en consumpties, maar niet op verleende zorg. De commissie concludeert dat niet is voldaan aan de voorwaarden voor geriatrische revalidatie vanuit de zorgverzekering. Dat verzoeker eerder niet bekend was met de term geriatrische revalidatie maakt die conclusie niet anders. De omstandigheid dat eerder kosten van geriatrische revalidatie wél zijn vergoed – destijds kennelijk met een indicatie voor deze zorg, na verwijzing, en verleend in een instelling voor geriatrische revalidatie – is in dit verband niet relevant. Het voorgaande betekent dat het verblijf in Bad Boekelo geen verband hield met geneeskundige zorg en dat de kosten daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Dat verzoeker geen medische indicatie had voor een verblijf in Bad Boekelo wordt ook bevestigd door het Zorginstituut in het voorlopig advies van 11 maart 2026.
- 7.4. Hoewel de commissie begrijpt dat verzoeker, gezien zijn persoonlijke omstandigheden, ervoor heeft gekozen in Bad Boekelo te herstellen, maakt dit de uitkomst niet anders. Dit laatste geldt ook voor de speciale regeling die het ziekenhuis destijds had, en waarnaar verzoeker heeft verwezen, waarbij in specifieke gevallen de kosten van het verblijf in Bad Boekelo onder de door het ziekenhuis geopende Diagnose Behandelcombinatie werden gebracht. Zoals door de behandelend orthopedisch chirurg is toegelicht, was deze regeling niet van toepassing op patiënten die een revisie operatie moesten ondergaan, zoals verzoeker, en is hem ook meegedeeld dat de kosten van het verblijf voor eigen rekening zouden zijn.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.5. Op de pagina's 142 en 143 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de vergoeding van verblijf in een zorghotel geregeld. Hierop bestaat aanspraak tot een bedrag van € 200,- per dag met een maximum van € 2.000,- bij verblijf in een door de ziektekostenverzekeraar erkend zorghotel. Bad Boekelo is echter geen door de door de ziektekostenverzekeraar erkend zorghotel. Daarnaast is niet gebleken dat de behandelend orthopedisch chirurg een indicatie voor verblijf in een zorghotel heeft gesteld. Ook heeft verzoeker niet voorafgaand toestemming gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. Aangezien niet is voldaan aan de vergoedingsvoorwaarden, heeft verzoeker op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zijn verblijf in Bad Boekelo.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 2026

A.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 er 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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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 2.4

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°. 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 gehemeldespleten, 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.

Artikel 2.5c

1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij van de verzekerde.
2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien er niet aan vooraf is gegaan verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg, gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling.

Artikel 2.12

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
4. De vergoeding voor verblijf als bedoeld in het eerste lid dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg bedraagt een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag.

● Medisch-specialistische revalidatie

Heeft u door ziekte of ongeval (tijdelijk) problemen met bijvoorbeeld bewegen? Revalidatie zorgt dat u weer zo goed mogelijk vooruit kunt in uw leven.

● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Basisverzekering	<ul style="list-style-type: none">• 100% bij alle ziekenhuizen in Nederland• 100% bij gecontracteerde zbc's, anders beperkte vergoeding Revalidatie en medisch noodzakelijke opname
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Dit krijgt u vergoed

Vaak kunnen problemen bij bijvoorbeeld bewegen worden verholpen met [fysiotherapie](#), [oefentherapie](#) of [Ergotherapie](#). Dan valt het revalideren onder die vergoedingen. Blijkt dit niet mogelijk, omdat uw situatie daarvoor te complex is? Dan kunt u een verwijzing krijgen naar de revalidatiearts. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: de revalidatiearts bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Het zogenoemde stepped-care principe is hierbij het uitgangspunt. Dat betekent dat de revalidatiearts beoordeelt wat de meest eenvoudige behandelvorm is die helpt voor uw aandoening of klachten. Kan er bijvoorbeeld nog behandeling door de huisarts, psycholoog of fysiotherapeut, zo nodig in onderlinge samenwerking, worden ingezet? Dan kan de revalidatiearts terugverwijzen, zo mogelijk met een behandeladvies. Is aan het stepped-care principe voldaan? Dan kan medisch-specialistische revalidatie geïndiceerd zijn.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie onder directe leiding en verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, als bij u de indicatie voor deze zorg volgens het stepped care principe is gesteld.

De revalidatiearts kan ook vaststellen dat intensieve behandeling door een team van verschillende zorgverleners nodig is. Dit heet interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als ook nog al deze 5 voorwaarden voor u gelden:

1. u heeft problemen met bewegen, communiceren, uw denkvermogen of gedrag. Dit komt door een stoornis of aandoening. Bijvoorbeeld een aandoening aan het bewegingsapparaat of neurologische problemen
2. er is sprake van complexe samenhangende problemen op meer gebieden. Bijvoorbeeld op het gebied van mobiliteit, zelfverzorging en communicatie
3. u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of de zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. Of u kunt bijvoorbeeld weer geheel of gedeeltelijk functioneren binnen uw gezin, school, werk of vrijetijdsbesteding
4. een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg
5. behandeling door een team van verschillende zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen

Revalidatie en herstel

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering ook de opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum.

● Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- Revalidatiecentrum¹

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Wij contracteren alle ziekenhuizen² in Nederland. Wilt u naar een zbc of een andere zorgverlener? In onze Zorgzoeker ziet u met welke Nederlandse zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Andere vergoedingen

Voor revalidatie voor ouderen met meer gezondheidsproblemen tegelijk, geldt meestal de vergoeding Geriatrische revalidatie.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor medisch-specialistische revalidatie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor medisch-specialistische revalidatie geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de revalidatiearts gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een jeugdarts of een medisch specialist³.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Stelt de revalidatiearts vast dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is? En wordt u daarvoor niet opgenomen? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de revalidatiezorg die revalidatieartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening

Voor zorg in een zbc⁴ krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

Uitleg

1. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie
2. Ziekenhuizen: Hiermee bedoelen wij deze ziekenhuizen en hun poliklinieken
3. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, spoedeisende hulp arts (SEH-arts), sportarts of uroloog
4. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

● Geriatrische revalidatie

Revalidatie voor als u op leeftijd bent.

● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Basisverzekering	100%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 50 per dag voor extra faciliteiten Max., tijdens opname
Superfit	100% extra faciliteiten Tijdens opname
Zorgplan	100% extra faciliteiten Tijdens opname

● Dit krijgt u vergoed

Moet u revalideren? Dan krijgt u fysiotherapie, oefentherapie of Ergotherapie. Of, als u specialistische revalidatiezorg nodig heeft, Medisch-specialistische revalidatie. Dan gelden die vergoedingen.

Speciaal voor mensen op leeftijd voor wie 'gewone' revalidatie te zwaar is, is er geriatrische revalidatie. Dat is revalidatiezorg die een team van zorgverleners onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde verleent aan kwetsbare patiënten, met meer gezondheidsproblemen.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt geriatrische revalidatie als u

- integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg nodig heeft,
- kwetsbaar bent, bijvoorbeeld door uw leeftijd, en
- meer ingewikkelde gezondheidsproblemen tegelijk heeft

Soms is dat na een opname in het ziekenhuis. Maar ook in de thuissituatie kunt u, bijvoorbeeld door ziekte, plotseling achteruitgaan in uw functioneren.

U krijgt zorg van een team van specialisten. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een verpleegkundige. Een specialist ouderengeneeskunde stelt samen met u een behandelplan op en zorgt ervoor dat de zorg op uw situatie is afgestemd.

De revalidatie is erop gericht dat u zó herstelt of uw situatie zich zo verbetert dat u weer zoveel als mogelijk kunt meedoen in de maatschappij. Vaak werkt u eraan dat u weer terug kunt naar uw thuissituatie. Of krijgt u de revalidatie (deels) thuis. Als terugkeren naar huis niet meer kan, bespreekt uw arts of verpleegkundige andere mogelijkheden met u.

Revalidatie en herstel

Krijgt u geriatrische revalidatie en is opname noodzakelijk voor betere of snellere resultaten? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering dat ook.

Biedt de instelling waar u voor geriatrische revalidatie verblijft extra faciliteiten aan? De **aanvullende verzekering** Topfit vergoedt hiervoor maximaal € 50 per dag. Superfit en Zorgplan vergoeden de extra faciliteiten volledig. De extra faciliteiten moeten wel te maken hebben met uw verblijf. Dan gaat het om bijvoorbeeld meer keuze bij maaltijden, een bed op de kamer voor uw partner, wifi, tv of tablet, en extra koffie en thee op de kamer. Wij vergoeden (dus) niet: wellness (zoals fitness, yoga, zwembad, zonnebank) en persoonlijke uitgaven (zoals kapper, pedicure, sport, muziek, horeca).

Hier kunt u terecht

Geriatrische revalidatie krijgt u van een verpleeghuis, revalidatiecentrum of een vergelijkbare instelling.

Dit wordt niet vergoed

- revalidatiezorg die u nodig heeft, als u in een Wlz-instelling woont en daar ook behandeling krijgt. Wij vergoeden dan ook de extra faciliteiten niet.

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor geriatrische revalidatie en extra faciliteiten betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de geriatrische revalidatie. Voor extra faciliteiten geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

U moet een indicatie hebben

Bent u opgenomen in het ziekenhuis? Dan stelt de medisch specialist de indicatie, in overleg met een specialist ouderengeneeskunde. Was u niet opgenomen? Dan stelt een klinisch geriater, internist-ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde de indicatie, op basis van een geriatrisch onderzoek.

Na de 6e maand heeft u toestemming nodig

Heeft u langer geriatrische revalidatie nodig dan 6 maanden? Dan vergoeden wij dat alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Meestal vraagt uw arts deze toestemming. U heeft de toestemming nodig voordat de 6e maand om is.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde normaal gesproken verlenen aan kwetsbare patiënten, met meerdere gezondheidsproblemen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Zorghotel

Weer op krachten komen na ziekte of een medische behandeling.

● Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 200 per dag, tot € 2.000 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar
Superfit	€ 200 per dag, tot € 2.500 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar
Zorgplan	€ 200 per dag, tot € 2.500 In door ons erkend zorghotel Max. per dag/kalenderjaar

● Dit krijgt u vergoed

Moet u na een operatie of door een lichamelijke ziekte herstellen? Als dat nodig is, regelt uw arts of de transferverpleegkundige van het ziekenhuis dat u een indicatie krijgt voor de juiste zorg. Bijvoorbeeld voor [revalidatie](#), [Geriatrische revalidatie](#) (voor ouderen), of [Eerstelijns verblijf](#). Voor andere herstellzorg kunt u terecht in een zorghotel. Dit wordt ook wel een herstellingsoord genoemd. Het zorghotel lijkt op een gewoon hotel. Maar er is extra aandacht voor uw herstel. Een zorghotel biedt daarom bijvoorbeeld ook verpleging en fysiotherapie. Het aanbod verschilt per zorghotel.

Bij de start van uw verblijf stelt de verpleegkundige¹ van het zorghotel samen met u een zorgplan op. Daarin staan het doel van uw verblijf, en afspraken over de zorg.

De aanvullende verzekeringen Topfit, Superfit en Zorgplan vergoeden maximaal € 200 per dag voor het verblijf in een zorghotel. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan hierboven.

Voor de verpleging, fysiotherapie en andere zorg gelden de 'gewone' [vergoedingen](#).

Hier kunt u terecht

- door ons [erkend zorghotel](#)

Dit wordt niet vergoed

- verblijf in een zorghotel voor herstel van een psychische aandoening
- verblijf in een zorghotel als u een indicatie heeft of had kunnen krijgen voor (geriatrische) revalidatie, eerstelijns verblijf of voor Wlz²-zorg.

- **Wat u zelf betaalt**

Geen eigen bijdrage

Voor het zorghotel betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor het zorghotel geldt geen eigen risico.

- **Dit moet u zelf doen**

U moet een indicatie voor een zorghotel hebben van uw arts, en ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden het verblijf in een zorghotel alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Onze toestemming geldt voor een bepaalde periode. Moet u langer blijven dan verwacht? Vraag dan voordat de toestemming eindigt, toestemming voor de langere periode. Leg in uw aanvraag uit waarom u langer moet blijven.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Uitleg

1. Verpleegkundige: Deze moet minimaal hbo-geëdiplomeerd zijn
2. Wlz: Wet langdurige zorg, via zorgkantoor