

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500618

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 4 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Bij brief van 24 september 2025 heeft verzoekster de commissie een nadere toelichting op het verzoek gestuurd. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 16 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 oktober 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 20 oktober 2025 respectievelijk 6 november 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025025237) aan de commissie een advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 november 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0,- (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Eind 2024 zijn namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend voor liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen vanwege lipodeem. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster onder meer bij brief van 19 december 2024 meegedeeld hiervoor geen machtiging te verlenen.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 28 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij al meer dan 30 jaar kampt met ernstig lipoedeem in de benen, billen en rond haar heupen, hetgeen resulteert in veel klachten. Zo kan verzoekster door de pijn in haar benen maar korte afstanden lopen en ook slaapt zij slecht. Alle fysieke ongemakken hebben er de laatste jaren ook in geresulteerd dat verzoekster psychische klachten heeft ontwikkeld. In de afgelopen jaren heeft verzoekster weliswaar diverse behandelingen en therapieën geprobeerd, maar deze hebben niet het gewenste effect gehad. De behandelend artsen zijn thans allen van oordeel dat alleen liposuctie met tumescente lokale anesthesie nog kan helpen.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende aanvraag afgewezen omdat liposuctie bij lipoedeem volgens hem niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Ter onderbouwing hiervan verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een standpunt van het Zorginstituut. Uit dit standpunt blijkt dat er nog geen goede RCT-studies zijn uitgevoerd. Bij lipoedeem is het op grote schaal uitvoeren van vergelijkend onderzoek evenwel praktisch en ethisch niet mogelijk. Volgens het Zorginstituut kan bij het ontbreken van een duidelijke RCT-studie worden teruggevallen op studies van lagere kwaliteit en richtlijnen. Verzoekster stelt in dit verband, onder verwijzing naar (inter)nationale wetenschappelijke publicaties en de Duitse S2k-richtlijn, dat hieruit blijkt dat liposuctie leidt tot blijvende vermindering van pijn, verbeterde mobiliteit en een hogere kwaliteit van leven. Daarnaast is aangetoond dat na een liposuctiebehandeling de vraag naar therapieën afneemt, hetgeen leidt tot lagere kosten van zorg. Verzoekster stelt verder dat de commissie het standpunt van het Zorginstituut ook kan passeren, zoals blijkt uit een uitspraak van de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2019:983).

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij als zorgverzekeraar de taak heeft te toetsen of de aangevraagde zorg binnen de geldende wet- en regelgeving verzekerde zorg is. In artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering is bepaald dat de zorg moet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut heeft in het verleden meerdere adviezen uitgebracht waarin is geconcludeerd dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is waaruit blijkt dat liposuctie bij lipoedeem voldoende effect heeft. Een voorbeeld hiervan is het advies dat is uitgebracht in zaak SKGZ202400399, van 22 augustus 2024.
- 4.2. In het kader van de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar, door middel van een literatuuronderzoek, gekeken of er sinds het vorige literatuuronderzoek van het Zorginstituut in augustus 2024 nieuwe wetenschappelijke studies zijn gepubliceerd. Daarbij is één relevante publicatie gevonden: Mortada H. et al., *Safety and Effectiveness of Liposuction Modalities in Managing Lipedema: Systematic Review and Meta-analysis*, Arch Plast Surg. 2024; 51(5):510-526. Deze systematische review heeft betrekking op artikelen die tot maart 2023 zijn verschenen, en waarbij 20 artikelen zijn geselecteerd, waarvan 18 artikelen non randomized en non comparative

studies zijn. Nu er binnen deze review artikelen tot maart 2023 zijn gebruikt, zullen deze geen nieuwe inzichten geven ten opzichte van het eerdere literatuuronderzoek door het Zorginstituut. Gelet op het voorgaande is de conclusie dan ook dat er op basis van recente literatuur geen aanvullend bewijs gevonden is over de effectiviteit van liposuctie bij lipoedeem en dat deze zorg dus niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 4.3. Gelet op de klachten die verzoekster ervaart, heeft de ziektekostenverzekeraar ook gekeken of er aanknopingspunten zijn om van de geldende wet- en regelgeving af te wijken. Hoewel de situatie van verzoekster schrijnend is, volgt uit de overgelegde stukken niet dat sprake is van zodanige bijzondere omstandigheden. Zo is de liposuctiebehandeling bijvoorbeeld niet noodzakelijk om een andere operatie te (kunnen) ondergaan, zoals het geval was in de uitspraak in het kort geding bij de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2019:983), en waarbij wel een vergoeding is toegekend. Ook is niet de verwachting dat liposuctie bij lipoedeem op korte termijn wordt opgenomen in het basispakket. Dit leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar voor verzoekster geen uitzondering kan maken.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Achtergrond en behandeling

Lipoedeem is een aandoening waarbij sprake is van een abnormale verdeling van vetweefsel over het lichaam. De meest voorkomende klachten zijn hevige pijn, overgevoeligheid bij aanraking en het snel ontwikkelen van blauwe plekken. De vetophopingen beperken de bewegingsvrijheid.

Liposuctie is een operatietechniek, waarbij overtollig vet wordt verwijderd onder lokale verdoving. De behandeling is erop gericht om het functioneren en kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren.

Literatuuronderzoek

Verweerder verwijst naar het standpunt ‘Liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij patiënten met lipoedeem’ dat in maart 2022 door het Zorginstituut is gepubliceerd.

Voor dit standpunt heeft het Zorginstituut beoordeeld of liposuctie met tumescente lokale anesthesie effectief is in vergelijking met conservatieve behandeling bij patiënten met lipoedeem. Hierbij zijn vijf studies geselecteerd over de effecten van liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem.

Het betrof[fen] vijf niet-vergelijkende (voor-na) studies. De bewijskracht van de studies voor alle uitkomstmaten is van zeer lage kwaliteit en de gevonden effecten zijn daarom zeer onzeker. Het Zorginstituut heeft daarom destijds geconcludeerd dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij patiënten met lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het Zorginstituut heeft in mei 2024 en augustus 2024 in het kader van geschillen een update van het literatuuronderzoek van het standpunt verricht. Er werden drie extra voor-na studies (waarvan er twee over dezelfde populatie lijken te gaan) gevonden. Er werden geen resultaten van vergelijkende studies gevonden. Het Zorginstituut concludeerde hieruit dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

Ook voor het huidige geschil heeft het Zorginstituut een update van het literatuuronderzoek uitgevoerd, over de periode augustus 2024 tot heden. Er werden geen prospectieve vergelijkende

studies gevonden. Wel werd er een studieprotocol gevonden van de LIPLEG trial. In deze RCT wordt liposuctie met tumescente lokale anesthesie vergeleken met complexe conservatieve therapie (niet verder gespecificeerd) bij volwassen patiënten met lipoedeem. De primaire uitkomstmaat is pijn (gemeten met een NRS). De follow-up is 12 en 24 maanden.

De resultaten van de trial staan deels weergegeven in een document van de Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA), dit is een organisatie die zorg beoordeelt in Duitsland. Hoewel de resultaten van de trial veelbelovend zijn, is een peer reviewed publicatie met de volledige 12 maanden follow-up resultaten van de trial nog niet beschikbaar. Het Zorginstituut heeft navraag gedaan bij de GBA naar de te verwachten termijn van publicatie van het artikel, waarbij de GBA heeft aangegeven dat de onderzoekers werken aan het artikel en bezig zijn met indiening.

Er zijn momenteel dus geen studieresultaten gepubliceerd waarin een groep patiënten die behandeld is middels liposuctie met tumescente lokale anesthesie vergeleken wordt met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Daarmee blijft de bewijskracht van de beschikbare studies zeer laag en de effectiviteit van liposuctie met tumescente lokale anesthesie zeer onzeker.

Richtlijnen

Sinds de laatste beoordeling van het Zorginstituut in augustus 2024 zijn er geen nieuwe richtlijnen gepubliceerd.

Conclusie

Liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem voldoet momenteel niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en 'de stand van de wetenschap en praktijk' en ook die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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. De commissie stelt voorop dat zij begrip heeft voor de wens van verzoekster om de aangevraagde behandeling te ondergaan vanwege de door haar beschreven hinderlijke en belastende klachten.

Dat neemt niet weg dat de taak van de commissie is om te beoordelen of deze behandeling voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de zorgverzekering.

- 7.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie in de eerste plaats de vraag beantwoorden of liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de benen voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en daarmee een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is een dergelijke richtlijn.

Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Dit betekent dan ook niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’) ontbreekt.

- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezochte en geselecteerde evidence op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
- (2) systematische literatuursearch;
- (3) samenvatten van de evidence;
- (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
- (5) van evidence naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot liposuctie met tumescente lokale anesthesie. Het advies van 12 november 2025 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat hij op 7 maart 2022 zijn ‘Standpunt liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules bij patiënten met lipoedeem’ heeft gepubliceerd. De conclusie is dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, omdat de beschikbare onderzoeken niet aantonen dat deze behandeling effectief is bij patiënten met lipoedeem. Na het uitbrengen van dit standpunt

heeft het Zorginstituut in mei 2024 en in augustus 2024 een update van het literatuuronderzoek verricht. De gevonden studies gaven destijds voor het Zorginstituut geen aanleiding het in 2022 ingenomen standpunt te wijzigen.

In het kader van het onderhavige geschil heeft het Zorginstituut opnieuw een update van het literatuuronderzoek uitgevoerd, ditmaal over de periode augustus 2024 tot heden. Hieruit is naar voren gekomen dat er onlangs een RCT is uitgevoerd waarin liposuctie met tumescente lokale anesthesie wordt vergeleken met complexe conservatieve therapie (niet verder gespecificeerd) bij volwassen patiënten met lipoedeem. De follow-up is echter 12 en 24 maanden. Hoewel de resultaten van de trial veelbelovend zijn, geldt dat de resultaten van de 12 maanden follow-up nog niet beschikbaar zijn. Dit leidt ertoe dat er momenteel geen studieresultaten zijn gepubliceerd waarin een groep patiënten die behandeld is door middel van liposuctie met tumescente lokale anesthesie wordt vergeleken met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Daarmee blijft de bewijskracht van de beschikbare studies zeer laag en de effectiviteit van liposuctie met tumescente lokale anesthesie zeer onzeker. Om die reden handhaaft het Zorginstituut zijn standpunt dat de behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’.

- 7.6. Gelet op de door de wetgever aan het Zorginstituut toegekende rol van pakketbeheerder en adviseur van de commissie in verstrekkingengeschillen, ziet de commissie in hetgeen door verzoekster is aangevoerd - met name haar verwijzing naar verschillende publicaties waarop overigens door het Zorginstituut inhoudelijk is gereageerd - geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken.
Door verzoekster is terecht erop gewezen dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling de mogelijkheid open laat dat in bepaalde gevallen met bewijs van lagere kwaliteit genoeg moet worden genomen. Waarom dat echter voor de onderhavige behandeling heeft te gelden is de commissie niet duidelijk. De enkele stelling van verzoekster dat dit op praktische en ethische bezwaren zou stuiten treft geen doel, ook al niet omdat hiervoor aan de orde is gekomen dat inmiddels een RCT wordt uitgevoerd zodat die bezwaren kennelijk niet van overwegende aard zijn. Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat daarom geen aanspraak op het gevraagde.
- 7.7. Artikel 6:248, tweede lid, BW bepaalt dat een tussen partijen als gevolg van een overeenkomst geldende regel niet van toepassing is voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar een uitspraak van de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2019:983). Dit vonnis vormt voor de commissie geen reden anders te beslissen. Dit omdat in het betreffende geval, naar het voorlopig oordeel van de bewuste voorzieningenrechter, al vruchteloos andere behandelingen waren geprobeerd en liposuctie volgens de betrokken artsen noodzakelijk was om (een) knieoperatie(s) te ondergaan om verminderde dan wel algehele immobiliteit van de verzekerde te voorkomen. Van dergelijke bijzondere omstandigheden is de commissie in het geval van verzoekster niet gebleken.
In het zogenoemde Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679) heeft de Hoge Raad een aantal criteria geformuleerd, waaraan moet zijn voldaan om in het kader van de zorgverzekering met succes een beroep te kunnen doen op de derogerende werking van artikel 6:248, tweede lid, BW. De ziektekostenverzekeraar lijkt hiernaar te verwijzen. Eén van de criteria is namelijk dat de verwachting moet zijn dat de zorg op korte termijn wordt opgenomen in het verzekerde pakket van de zorgverzekering. Voor de onderhavige behandeling bestaan hiervoor echter geen aanwijzingen. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van liposuctie met tumescente lokale anesthesie.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 december 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Voor zover u deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2 Regeling zorgverzekering omvat medisch specialistische zorg ook:

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
- c. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2024 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
- d. Van 1 april 2019 tot 1 maart 2024 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen;
- e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- f. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

Als het onderzoek is voltooid, heeft u aanspraak op deze zorg zoals omschreven in artikel 2.2 lid 6 Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet als het onderzoek voortijdig is stopgezet.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prena-

tale screening. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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.

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.