

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202501959

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 30 november 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 26 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 26 januari 2026, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 23 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026002128) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 23 februari 2026, aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 mei 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 mei 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 250 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is na een in 2023 uitgevoerde gastric bypassoperatie veel kilo's afgevallen met als gevolg dat rond haar onderlichaam loshangend vel is ontstaan. De behandelend plastisch chirurg

heeft in verband hiermee namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag van 3 juli 2025 ingediend voor een lower bodylift. Bij brief van 15 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 23 februari 2026 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 aangevraagde lower bodylift alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft ter onderbouwing aangevoerd dat zij 35 jaar geleden een herseninfarct heeft gehad waardoor zij aan de gehele rechterzijde van haar lichaam verlamd is geraakt. Verzoekster is door de blijvende invaliditeit volledig arbeidsongeschikt en ontvangt een IVA-uitkering. Naast de neurologische beperkingen als gevolg van het herseninfarct kampt verzoekster, sinds zij in 2023 een gastric bypassoperatie heeft ondergaan, met veel loshangend vel. Dit huidoverschot leidt tot pijnklachten, bewegingsbeperkingen, problemen met persoonlijke hygiëne, negatieve invloed op het psychisch welbevinden, en een verdere vermindering van de zelfstandigheid en mobiliteit. Inmiddels heeft verzoekster verschillende conservatieve behandelingen ondergaan, maar deze gaven onvoldoende resultaat. Om de kwaliteit van leven, seksuele gezondheid en de zelfredzaamheid echt te verbeteren is volgens de behandelend plastisch chirurg het uitvoeren van een lower bodylift noodzakelijk. De ingreep is dus geen cosmetische wens. Tot teleurstelling van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar de hiertoe ingediende aanvraag afgewezen. Verzoekster is echter van mening dat zij wel voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van de aangevraagde behandeling vanuit de zorgverzekering. Niet alleen omdat de behandelend plastisch chirurg van mening is dat sprake is van verminking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3, maar ook omdat de commissie vaker heeft geoordeeld dat wanneer een ingreep medisch noodzakelijk is deze niet als cosmetisch mag worden aangemerkt.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en heeft zij benadrukt dat zij het meeste last heeft van het buikoverschot en hier graag iets aan wil laten doen.

### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat aanspraak bestaat op een lower bodylift ten laste van de zorgverzekering indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan bijvoorbeeld worden gesproken bij onbehandelbaar smetten. Dit zijn smetten in de huidplooiën, die altijd daar aanwezig zijn en ondanks adequate behandeling niet te voorkomen c.q. te genezen zijn. Een operatie is dan nog de enige oplossing. Van een ernstige bewegingsbeperking is sprake als de verzekerde rechtop staat en de buikhuid een kwart van de bovenbenen bedekt. Verzoekster voldoet niet aan één van deze voorwaarden, zodat bij haar geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestaat.
- 4.2. Van verminking is sprake bij een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel die vergelijkbaar is met een derdegraads brandwond of bij graad 3 volgens de Pittsburgh Rating Scale op meerdere lichaamsgebieden. Voor de beoordeling aan de hand van de Pittsburgh Rating Scale maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van

plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid. Hierin wordt met foto's een indruk gegeven wanneer sprake is van graad 3. De behandelend plastisch chirurg heeft met betrekking hiertoe weliswaar verklaard dat dit bij verzoekster aan de orde is, doch gelet op de overgelegde foto's is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat verzoekster niet voldoet aan de eis van graad 3 volgens de Pittsburgh Rating Scale op meerdere lichaamsgebieden.

- 4.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een lower bodylift.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 23 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### “Stabiel gewicht

*Op basis van de medische correspondentie in het dossier heeft verzoekster tenminste twaalf maanden een stabiel gewicht. De BMI bedraagt 26,7 kg/m<sup>2</sup>.*

### Verminking

*De lower bodylift komt alleen in aanmerking voor vergoeding als er een uitgebreid beeld van verminking (dus in meerdere lichaamsgebieden) is. Om te beoordelen of er bij verzoekster sprake is van verminking heeft het Zorginstituut de aangeleverde foto's beoordeeld.*

*Het dossier bevat negen foto's van matige kwaliteit. Twee hiervan zijn staand in zijaanzicht. Dit betreffen de eerste foto en de zevende foto bij het aanvraagformulier. Drie foto's zijn staand in vooraanzicht, dit betreffen de vijfde, achtste en negende foto bij het aanvraagformulier. Eén foto is staand in achteraanzicht, dit betreft de vierde foto bij het aanvraagformulier. Daarnaast zijn er drie foto's waarbij de afstand lies-midden van de patella is gemeten, twee liggend (de tweede en derde foto bij het aanvraagformulier) en één staand (de zesde foto bij het aanvraagformulier).*

*Het huidoverschot van het abdomen komt overeen met een PRS graad 2. Er zijn geen dubbele plooien zoals bij PRS graad 3. Daarnaast zijn op de nates geen plooien, dus ook hier is maximaal sprake van PRS graad 2. Tot slot is er geen enorme huidoverhang van de mons pubis zoals bij PRS graad 3. Ook hierbij geldt dus een PRS graad 2.*

*Verzoekster heeft dus geen huidoverschot vergelijkbaar met een PRS graad 3. Er is dus geen sprake van een verminking.*

### Aantoonbare lichamelijke functiestoornis

*Bij de matige kwaliteit van de foto's zijn de afstanden die gemeten zijn met een meetlint op het bovenbeen niet zichtbaar. Dit betreffen de tweede, derde en zesde foto bij het aanvraagformulier. Op de foto's lijkt de overhang niet meer te bedragen dan een kwart van de gemeten afstand tussen lies en patella. Op basis van de buikoverhang op de foto's is onvoldoende aangetoond dat er sprake is van een ernstige bewegingsbeperking.*

*Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoekster last heeft van smetten waarvoor zij scheurlinnen en sudocrème heeft gebruikt. Er blijkt echter niet dat zij is behandeld volgens de aanbevelingen in de landelijke richtlijn Smetten (intertrigo) preventie en behandeling. Er is dan ook geen sprake van chronisch onbehandelbaar smetten.*

*Nu de buikoverhang niet meer dan een kwart van de bovenbenen omvat en verzoekster niet is behandeld volgens de landelijke richtlijn Smetten (intertrigo) preventie en behandeling kan niet worden geconcludeerd dat er bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoornis.*

### **Conclusie**

*Op basis van de medische informatie in het dossier is er geen sprake van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster voldoet daarmee niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor vergoeding van een lower bodylift.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een lower bodylift ten laste van de basisverzekering.”*

## **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 A17 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 het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en behandelingen van plastische 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.

### *Zorgverzekering*

- 7.2. Namens verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een *lower bodylift*. Dit is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt dekking voor dit soort behandelingen wanneer bij de verzekerde een verzekeringsindicatie bestaat in de vorm van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in het bepaalde op pagina 42 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen daar is vermeld is gebaseerd op artikel 2.4 Bzv.  
De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de ingediende aanvraag heeft afgewezen omdat bij verzoekster een verzekeringsindicatie ontbreekt. De commissie zal hierna beoordelen of deze afwijzing terecht was. Hierbij wordt opgemerkt dat het bestaan van een medische indicatie niet automatisch betekent dat ook een verzekeringsindicatie aanwezig is. Het kan dus voorkomen dat de behandelend arts de behandeling noodzakelijk acht (medische indicatie), maar dat de kosten hiervan toch niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Met betrekking tot de vraag of wordt voldaan aan de in dit verband geldende voorwaarden van de zorgverzekering overweegt de commissie het volgende.
- 7.3. De voorwaarden voor een *lower bodylift* zijn nader uitgewerkt in de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (hierna: VAV Werkwijzer). Evenals het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 23 februari 2026 (dat volgens de brief van 19 mei 2026 van het Zorginstituut als definitief wordt beschouwd), hanteert de commissie de VAV Werkwijzer als richtsnoer.  
Van verminking kan sprake zijn in het geval van een ernstige misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door brandwonden of reconstructie van geamputeerde ledematen. Daarnaast is verminking in het kader van een *lower bodylift* aan de orde bij een verminking van de buikwand die in ernst vergelijkbaar is met een derdegraads verbranding of bij verminking graad 3 volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) in de volgende (symmetrische)

lichaamsgebieden: rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis. Uit eerdere adviezen van het Zorginstituut en bindende adviezen van de commissie (o.a. GcZ, 10 oktober 2018, SKGZ201800350) valt op te maken dat het niet noodzakelijk is een PRS graad 3 te hebben op alle genoemde gebieden.

Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld dat uit de overgelegde foto's is gebleken dat bij verzoekster, anders dan de behandelend plastisch chirurg verklaart, op geen enkel lichaamsgebied sprake is van PRS graad 3 zodat niet kan worden gesproken van verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Het Zorginstituut komt in zijn advies van 23 februari 2026 eveneens tot de conclusie dat verzoekster geen huidoverschot heeft vergelijkbaar met een PRS graad 3 en dat er bij haar geen sprake is van verminking. Verzoekster heeft deze conclusie niet gemotiveerd bestreden zodat de commissie het Zorginstituut volgt en oordeelt dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.4. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan volgens de VAV Werkwijzer aan de orde zijn in geval van chronisch onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooiën, die daar altijd aanwezig zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Het Zorginstituut overweegt dat uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoekster last heeft van smetten waarvoor zij scheurlinnen en sudocrème heeft gebruikt. Er blijkt echter niet dat zij is behandeld volgens de aanbevelingen in de landelijke richtlijn Smetten (intertrigo) preventie en behandeling. Er is dan ook geen sprake van chronisch onbehandelbaar smetten, aldus het Zorginstituut. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is volgens de VAV Werkwijzer daarnaast aan de orde in geval van een ernstige bewegingsbeperking. De bewegingsbeperking wordt als ernstig gezien als die ontstaat doordat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt. Gelezen het advies van het Zorginstituut van 23 februari 2026, oordeelt de commissie dat bij verzoekster geen ernstige bewegingsbeperking aanwezig is. De op verschillende terreinen ervaren beperkingen, hoe lastig ook voor haar, kunnen niet als zodanig worden beschouwd.
- 7.5. Aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden met betrekking tot de onderhavige plastisch-chirurgische behandeling, heeft verzoekster geen aanspraak op een *lower bodylift* ten laste van de zorgverzekering.

*Slotsom*

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 juni 2026,

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 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

## Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

## Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

## Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslaptte bovenoogleden, als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- 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,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

### Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, behalve als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

## Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U

kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

### **Verwijzing**

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

### **Toestemming**

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

## **Revalidatie**

### **Medisch specialistische revalidatie**

**Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.**

### **Welke zorg**

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

### **Let op**

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met medisch specialistische revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

### **Welke zorgaanbieder**

U wordt behandeld door een interdisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts. Dit team moet verbonden zijn aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u met de zoekterm 'revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

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

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
    - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslaptte 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.