

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401118

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 7 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 maart 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 30 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 24 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025013029) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 juni 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 8 juli 2025 respectievelijk 9 juli 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZieZo Aanvullend 1 en ZieZo Tand 1 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Ten behoeve van verzoekster is begin 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor pure tumescente lipofilling van de rechterbil ingediend. Bij brief van 23 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Ook is op 19 april 2024 namens verzoekster een tweede aanvraag ingediend voor autologe lipofilling van de rechterbil. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2024 afwijzend op deze aanvraag beslist. Hierna heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 13 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Begin september 2024 heeft verzoekster de aangevraagde ingreep laten uitvoeren.
- 2.5. De behandelend plastisch chirurg heeft op 9 december 2024 aanvullend het volgende over verzoekster verklaard:

“Zij heeft in 2014 een trauma meegemaakt waarbij er een paard op haar bil is gaan staan. Hierna is een enorme bloeditstorting geweest. In de jaren erna is een forse deuk en daarmee asymmetrie ontstaan. Hierbij zijn er functionele klachten van asymmetrie en pijnklachten tijdens het zitten.

De afwijking is meer dan 2 cm breed en meer dan 10 cm lang en opvallend qua diepte van de deuk maar ook doordat de gehele intragluteale plooi lager is komen staan.

De behandeling middels AFT heeft niet zozeer een cosmetisch doel maar een functioneel doel: meer weefsel naar de plek brengen waar nu een deuk zit[ten] en zo de symmetrie tijdens zitten verhogen en de klachten van fibrose doen afnemen.”

- 2.6. Bij brief van 24 juni 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 gehouden is de kosten van de bij haar uitgevoerde autologe lipofilling (AFT) van de rechterbil te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster voert in dit verband aan dat zij sinds het ongeval in 2014 last had van een ingekapselde bult op haar rechterbil, die in het dagelijks leven veel klachten gaf. Zo was het voor haar pijnlijk om op een fietszadel, gewone stoel of toiletbril te zitten. Omdat de bult in 2023 groter was geworden en de (pijn)klachten toenamen, heeft verzoekster opnieuw een plastisch chirurg geconsulteerd. Deze adviseerde haar om een behandeling met lipofilling uit te voeren.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de namens verzoekster hiertoe ingediende aanvraag afgewezen omdat geen sprake zou zijn van fibrose. Verzoekster kan dit standpunt niet begrijpen omdat de ziektekostenverzekeraar niet de beschikking heeft over de uitgevoerde MRI. Zonder de resultaten van de MRI kan de ziektekostenverzekeraar onmogelijk concluderen dat vóór de ingreep geen sprake was van fibrose.
Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt dat bij verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking aan de orde is. Dit standpunt is opmerkelijk omdat de behandeling volgens de plastisch chirurg juist nodig was om een functiestoornis op te heffen. Daarnaast heeft de behandelend plastisch chirurg op 9 december 2024 verklaard dat de bult meer dan 2 centimeter breed en meer dan 10 centimeter lang was. Uit deze afmetingen blijkt dat evident sprake was van verminking. De bult was ook duidelijk zichtbaar, waardoor verzoekster zich ervoor schaamde om bijvoorbeeld in de zomer in badkleding te lopen en normaal afkledende damesbroeken te dragen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard, in zijn brief van 18 februari 2025 tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen, dat verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van de bij haar uitgevoerde behandeling met autologe lipofilling (AFT). In dit verband heeft hij gesteld dat verzoekster niet voldoet aan de indicatiecriteria die zijn opgenomen in artikel B.23 van de polisvoorwaarden en in de VAV-werkwijzer 'Behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Hierin staat beschreven in welke situaties een behandeling met AFT is geïndiceerd. Zo is onder andere vergoeding mogelijk in geval van 'HIV-geassocieerde lipoatrofie (van gelaat en billen)' en 'Fibrose (verlittekening) als gevolg van trauma, brandwonden, chirurgische ingrepen of radiotherapie'. Het staat vast dat verzoekster niet HIV-geïnfecteerd is en fibrose is bij haar niet aan de orde. Dit laatste maakt de ziektekostenverzekeraar op uit de resultaten van de gemaakte MRI in de initiële aanvraag.
- 4.2. Voor zover al sprake was van fibrose geldt dat een verzekerde pas aanspraak heeft op vergoeding als ook is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor plastisch-chirurgische behandelingen (aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking). In de initiële aanvraag wordt niet gesproken over pijnklachten of andere lichamelijke klachten. De plastisch chirurg beschrijft geen functiebeperking. In de klachtenbrief van verzoekster van 30 april 2024 schrijft zij dat zij wel lichamelijk functiestoornissen heeft. De klachten die verzoekster beschrijft zijn echter niet aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekeringen.
- 4.3. In zijn reactie aan de commissie van 30 mei 2025 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat in de aanvraag van 19 april 2024 de aanvrager de klachten heeft gespecificeerd. Hij gebruikt de woorden "druk en scheve zitpositie" en stelt dat verzoekster niet langer dan 15 minuten kan fietsen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar zijn brief van 18 oktober 2025 waarin is toegelicht dat de medisch adviseurs concluderen dat bij deze klachten niet kan worden gesproken van een ernstige aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Er is namelijk geen sprake van een bewegingsbeperking of dermate hinder dat verzoekster haar dagelijkse bezigheden niet meer kan uitvoeren. Enkel "druk" is onvoldoende. In de aanvullende brief van de behandelend plastisch chirurg van 9 december 2024 wordt voor het eerst de term "fibrose" gebruikt. Ook al zou sprake zijn van fibrose, zou dat het oordeel van de medisch adviseurs niet anders maken, omdat verzoekster niet voldoet aan de criteria verminking dan wel lichamelijke functiestoornis zoals beschreven in de VAV-werkwijzer.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 24 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit de MRI blijkt dat sprake is van 'enkele scherp afgrensbare structuren in de subcutis, vermoedelijk doorgemaakte vetnecrose/posttraumatisch'. Hoewel fibrose hierin niet letterlijk wordt genoemd, kan de beschrijving wel passen bij fibrose na een trauma. Het Zorginstituut gaat er bij de beoordeling van dit geschil dan ook vanuit dat sprake is van fibrose als gevolg van een trauma.

Verminking

De plastisch chirurg geeft aan dat sprake is van een afwijking meer dan 2 cm breed en meer dan 10 cm lang. Ook is de afwijking volgens de plastisch chirurg opvallend qua diepte van de deuk, ook omdat de gehele intragluteale plooi lager is komen te staan.

Het dossier bevat drie foto's van de ontklede bil van verzoekster. Op de foto's is een duidelijke bult zichtbaar onderaan de rechterbil. Hierboven is een langwerpige indeuking zichtbaar. De huid ziet er intact uit, zonder wondjes en op het oog zonder kleurveranderingen. Mogelijk is de kleur van de huid in de indeuking iets geliger, maar dit is zeer subtiel. Hoewel de afwijking zichtbaar is, is de afwijking gelet op kleur en aspect niet dermate opvallend dat gesproken kan worden van een verminking zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer.

Lichamelijke functiestoornis

Daarnaast kan AFT bij fibrose voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van een lichamelijke functiestoornis. In het geval van een lichamelijke functiestoornis moet het gaan om fibrose die gepaard gaat met substantiële beschadiging van, een substantieel tekort aan, of het ontbreken van de subcutis waardoor verkleefing van de huid met de subcutis/onderliggende lagen is opgetreden en die als gevolg daarvan leidt tot ernstige pijn of een bewegingsbeperking.

Ernstige pijn

Verzoekster geeft aan ongemak te ervaren bij de toiletgang en schaamte te voelen bij het dragen van normale dameskleding. Dit ongemak kan echter niet worden aangemerkt als pijn. Daarnaast ervaart verzoekster een constante druk, waardoor zij een scheve zitpositie aanneemt.

Deze druk kan wel als pijn worden aangemerkt. Ook geeft verzoekster aan niet goed te kunnen fietsen als gevolg van deze pijn. Voor vergoeding van AFT bij fibrose is echter vereist dat sprake is van ernstige pijn. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster chronisch pijnmedicatie gebruikt of heeft gebruikt. Het dossier bevat daarnaast ook geen andere (medische) onderbouwing voor de aanwezigheid van ernstige pijn, zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer.

Bewegingsbeperking

Hoewel het niet (lang) kunnen fietsen kan worden opgevat als beperking in het dagelijks leven, is dit geen functiebeperking van een lichaamsdeel wat is aangedaan door fibrose. In het dossier wordt nergens beschreven dat de beweging van het been beperkt is qua kracht of bereik. Dat het fietsen in tijd beperkt wordt lijkt eerder te maken hebben met pijn dan met een beperking van het been. Bij verzoekster is dan ook geen sprake van een bewegingsbeperking zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat bij verzoekster geen sprake is van een verminking of lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van AFT bij fibrose ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de criteria voor vergoeding van AFT bij fibrose 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 A.18 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 behandelingen van plastisch chirurgische aard zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie merkt allereerst op dat, volgens de vaste lijn in haar rechtspraak, met het indienen van een volgende aanvraag een eventuele eerdere aanvraag is komen te vervallen. In de onderhavige situatie betekent dit dat de aanvraag van 17 januari 2024 buiten beschouwing blijft en de beoordeling beperkt blijft tot de aanvraag van 19 april 2024. Met betrekking hiertoe wordt als volgt overwogen.
- 7.3. Verzoekster had aan een incident met een paard in 2014 een ingekapselde bult op de rechterbil overgehouden. Om de klachten die deze bult met zich bracht te verhelpen heeft de plastisch chirurg bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor autologe lipofilling (AFT) van de rechterbil. AFT bij fibrose (verlittekening) als gevolg van trauma, zoals bij verzoekster, is verzekerde zorg en komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking indien een verzekeringsindicatie aanwezig is in de vorm van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De voorwaarden voor vergoeding zijn verder uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV). De VAV-werkwijzer wordt door alle betrokken partijen, waaronder het Zorginstituut, als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 7.4. Van verminking is volgens de VAV-werkwijzer sprake indien:
- (i) het een fibrotische afwijking in het gelaat of op de hand betreft en deze afwijking meer dan 1 cm breed en opvallend van kleur of aspect is, of
 - (ii) het een fibrotische afwijking elders op het lichaam dan gelaat of hand betreft en deze afwijking meer dan 2 cm breed en meer dan 10 cm lang is en opvallend van kleur of aspect, of
 - (iii) het multiële verbrede fibrotische afwijkingen (meer dan drie) betreft op dezelfde locatie en deze afwijkingen opvallend van kleur of aspect zijn.
- Aanvullende voorwaarden zijn:
- (i) behandeling met AFT is pas aan de orde als de fibrotische afwijking ten minste een jaar heeft bestaan en conservatieve therapie onvoldoende resultaat heeft opgeleverd, en
 - (ii) de verwachting is dat de behandeling met AFT een forse verbetering oplevert van het uiterlijke aspect/de ontsiering waarmee de fibrotische afwijking gepaard gaat.
- 7.5. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 24 juni 2025 aan de commissie overwogen dat, anders dan door de behandelend plastisch chirurg is verklaard, bij verzoekster niet kan worden gesproken van een fibrotische afwijking die opvallend is van kleur of aspect. De bult op verzoeksters rechterbil was blijkens de in het dossier aanwezige foto's vóór de ingreep weliswaar goed zichtbaar, maar de afwijking was gelet op kleur en aspect niet dermate opvallend dat kan worden gesproken van een verminking zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer, aldus het Zorginstituut. De commissie volgt de conclusie van het Zorginstituut en neemt deze over. Dat verzoekster, zoals zij heeft duidelijk gemaakt, zich ervoor schaamde in de zomer badkleding of normaal afledende dameskleding te dragen maakt, hoe begrijpelijk uit het oogpunt van verzoekster dit ook mag zijn, dit oordeel niet anders.

- 7.6. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het, blijkens de VAV-werkwijzer in geval van fibrose, gaan om fibrose die gepaard gaat met substantiële beschadiging van, een substantieel tekort aan, of het ontbreken van de subcutis waardoor verkleving van de huid met de subcutis/onderliggende lagen is opgetreden, en die als gevolg daarvan leidt tot ernstige pijn of een bewegingsbeperking. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij ongemak bij de toiletgang en pijn bij het zitten ervaart. Ook kan zij niet lang fietsen. Het Zorginstituut merkt in zijn voorlopig advies op dat het moet gaan om ernstige pijn. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster chronisch pijnmedicatie gebruikt of heeft gebruikt. Het niet (lang) kunnen fietsen kan worden opgevat als een beperking in het dagelijks leven, maar van een functiebeperking van een lichaamsdeel dat is aangedaan door fibrose is in dit verband geen sprake, aldus het Zorginstituut. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer en de regelgeving is daarom niet aan de orde. De commissie ziet in het door verzoekster gestelde geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat bij verzoekster geen sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 7.7. Nu verzoekster niet aan de geldende voorwaarden voldoet, in die zin dat bij haar ten tijde van de behandeling noch verminking noch een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aan de orde was, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de behandeling met AFT terecht afgewezen.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 juli 2025,

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

B.23 Plastische chirurgie

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

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen);
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelen;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij trans vrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel [B.28](#).

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgender personen, is een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het multidisciplinaire genderteam. Het multidisciplinaire genderteam is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van genderincongruentie en werkt structureel met elkaar samen. Binnen dit team moet een ter zake deskundige de regie voeren gedurende het hele behandeltraject.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Wij vergoeden plastische chirurgie alleen als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

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 gehemeltespleten, 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.