

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202400977

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster.

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
  - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 20 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Diezelfde dag 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 25 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 24 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025005366) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is op 25 maart 2025 aan partijen gestuurd. Hierbij is verzoekster gevraagd het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. Diezelfde dag heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van de reactie van verzoekster is op 26 maart 2025 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gezonden. Bij brief van 16 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 april 2025 aan partijen gestuurd.
- 1.4. Op 22 april 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is, eveneens op 22 april 2025, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Op 27 mei 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 28 mei 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 juli 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 4 juli 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 maart 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Doorgaan Start en Werkgever aanvulling (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster is op 19 april 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor lipofilling van de borst.
- 2.3. Bij brief van 26 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Op 5 juni 2024 is de lipofilling van de borst uitgevoerd.
- 2.6. Bij brief van 24 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 16 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

## 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de reeds uitgevoerde lipofilling van de borst, te weten € 3.000,--, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 8 mei 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij sinds haar 20ste levensjaar weet dat zij erfelijk is belast, waardoor een hoog risico bestaat dat zij vóór haar 40<sup>ste</sup> levensjaar borstkanker krijgt. Dit beïnvloedt haar enorm. Verzoekster werd daarom jaarlijks gecontroleerd in het ziekenhuis. In haar 34ste levensjaar is een goedaardige tumor ontdekt en heeft verzoekster besloten haar borsten preventief te laten amputeren. Dit was voor haar een moeilijke, maar noodzakelijke beslissing. Zij heeft deze beslissing genomen vanwege gezondheidsredenen en niet om cosmetische redenen.  
In 2019 heeft verzoekster een amputatie met reconstructie ondergaan. Hierbij zijn prothesen geplaatst die uiteindelijk zijn gaan draaien en verkleven. Eind 2023 is verzoekster opnieuw geopereerd en is beiderzijds een nieuw type prothese geplaatst. Na deze operatie zijn door de dunne huid echter enorme plooien ontstaan. Ook zijn de randen van de prothesen duidelijk zichtbaar. Verzoekster ervaart klachten bij het strekken van de armen en zij wordt belemmerd in het sporten. Daarnaast heeft zij last van de kou van de implantaten. De lichamelijke klachten en de dagelijkse confrontatie in de spiegel maken de situatie voor verzoekster mentaal zwaar. Zij wordt iedere dag fysiek en mentaal geconfronteerd met haar erfelijke belasting en de ongemakken en het verdriet die dit met zich brengt.  
De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek om vergoeding van de ingreep afgewezen, omdat de deuken en plooien van verzoekster niet groter dan twee centimeter zouden zijn. Deze beslissing heeft voor verdriet en een gevoel van onmacht gezorgd. Verzoekster heeft benadrukt dat zij niet

vrijwillig heeft gekozen voor de amputatie en dat zij geen schoonheidsideaal nastreeft. Verzoekster wil een normaal leven leiden, zonder klachten en dagelijkse confrontatie met haar mankementen. Zij is pas 38 jaar en moet een leven lang met haar aangepaste borsten doen. Het zou fijn zijn als dit op een wat mooiere en dragelijke manier zou kunnen. Verzoekster heeft een verklaring van de plastisch chirurg van 29 oktober 2024 overgelegd, waarnaar zij verwijst.

- 3.3. In haar brief van 20 januari 2025 heeft verzoekster opgemerkt dat als het een verminking van een ander lichaamsdeel had betroffen, de behandeling daarvan wel zou worden vergoed. Daarnaast heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar op basis van foto's niet kan beoordelen of de verminking dieper of groter dan 2 centimeter is. Het is aan de behandelend arts om hierover te oordelen.  
Verder heeft verzoekster aangevoerd dat dient te worden gekeken naar wat een dergelijke situatie doet met de mentale gesteldheid van een verzekerde. Het is al lastig genoeg om de borsten te moeten verliezen, maar als hier ook nog hoge kosten en procedures bij komen kijken om er toonbaar uit te kunnen zien, is dat mentaal erg zwaar. Verzoekster heeft hierbij erop gewezen dat mentale klachten kunnen leiden tot meer zorgkosten.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 22 april 2025 heeft verzoekster verklaard dat zij inmiddels is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, die een akkoordverklaring heeft gegeven voor een opvolgende behandeling lipofilling van de borst.
- 3.5. Bij bericht van 27 mei 2025 heeft verzoekster gesteld dat het aan de behandelend plastisch chirurg is om te beoordelen of een operatie noodzakelijk is en niet aan de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft hierbij verwezen naar een nieuwsbericht.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster haar medische geschiedenis toegelicht. Na meerdere operaties was verzoekster in december 2023 af van de pijnklachten. Echter, de prothesen die in december 2023 zijn geplaatst, zorgden voor plooivorming en een kuil bij de overgang naar de prothese. Dit kan worden opgelost met één tot drie lipofilling behandelingen. Volgens verzoekster is wel degelijk sprake van een voldoende ernstige verminking. Zij wordt iedere dag bij het uitkiezen van kleding en het kijken in de spiegel geconfronteerd met de onvolkomenheden en een onzeker gevoel. Verzoekster heeft er daarom voor gekozen de behandeling in eerste instantie zelf te betalen. Op 5 juni 2024 heeft verzoekster de eerste lipofilling behandeling ondergaan. Deze behandeling heeft bijgedragen aan het resultaat, maar heeft nog niet voldoende effect gehad. Er was een tweede lipofilling behandeling nodig. Deze is aangevraagd en goedgekeurd door de huidige ziektekostenverzekeraar. Deze heeft toestemming gegeven op basis van foto's die zijn genomen na de eerste lipofilling. De situatie was toen al minder erg dan op de foto's die zijn gemaakt ten behoeve van de aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar in 2024. De tweede behandeling is inmiddels onlangs uitgevoerd. Verzoekster is blij met het resultaat. Zij heeft een stukje van haar vrouwelijkheid terug en weer wat zelfvertrouwen gekregen. Voor iedere vorm van (pre-)kanker reconstructie geldt dat deze volledig wordt vergoed, behalve voor borstreconstructie, waarvoor het merkwaardige proces geldt dat de ziektekostenverzekeraar op basis van foto's bepaalt of een patiënt voldoende is verminkt. Dit heeft verzoekster van haar behandelend plastisch chirurg begrepen. Daarnaast wordt in de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard', opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid, (hierna: VAV-werkwijzer) alleen de borstreconstructie expliciet genoemd. In de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat reconstructies worden vergoed, met uitzondering van de borstreconstructie. Hierbij wordt verwezen naar de VAV-Werkwijzer. Reconstructies bij borstkanker zouden volgens verzoekster onderdeel moeten zijn van de oncologische behandeling en zouden niet moeten vallen onder de aanspraak plastische chirurgie. Verder geldt dat de voorwaarden uit de VAV-Werkwijzer disproportioneel zijn. De afwijkingen moeten groter zijn dan een kwart van de borst en meer dan twee centimeter diep. Er zijn nagenoeg

geen patiënten die dergelijke verminkingen hebben. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar de verklaring van haar behandelend plastisch chirurg.

Het opsturen van foto's naar een verzekeraar is voor een patiënt erg ingrijpend. Ook is het onmogelijk om op een foto afmetingen en dieptes te kunnen bepalen. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om verzoekster op te roepen voor het spreekuur. Dit heeft hij nagelaten. Inmiddels heeft Zorgverzekeraars Nederland besloten dat er geen foto's meer hoeven te worden gestuurd naar de ziektekostenverzekeraar en dat de behandelend plastisch chirurg bepaalt of een dergelijke reconstructie nodig is. In het geval van verzoekster heeft de behandelend plastisch chirurg duidelijk aangegeven waarom de lipofilling nodig is. In de huidige tijd zouden de kosten wel worden vergoed.

#### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van lipofilling van de borst niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Hij heeft hiertoe in zijn brieven van 4 december 2024 in de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen en zijn reactie van 25 februari 2025 aan de commissie toegelicht dat autologe lipofilling (hierna: AFT) een vorm van plastische chirurgie betreft. Bij de beoordeling van een aanvraag voor plastische chirurgie wordt getoetst aan de hand van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (hierna: VAV-werkwijzer). Hierin wordt een aantal situaties beschreven waarvoor AFT bij de borst verzekerde zorg is. In dat verband moet sprake zijn van (1) een gehele borstreconstructie bij de behandeling van borstkanker, of (2) een verminking, of (3) een lichamelijke functiestoornis. Een verminking wordt in de VAV-werkwijzer omschreven als een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van 2 centimeter en een diepte van 2 cm heeft en dat ligt in het decolleté of een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van 5 centimeter en een diepte van 2 centimeter heeft en dat ligt in het niet-functionele gebied. Volgens de VAV-werkwijzer is sprake van een lichamelijke functiestoornis bij complicaties of ernstige pijnklachten als gevolg van een tekort aan subcutane weefselbedekking.

In het geval van verzoekster is niet aan deze voorwaarden voldaan. Bij verzoekster is een gehele borstreconstructie bij de behandeling van borstkanker niet aan de orde. Hierbij wordt de borst namelijk volledig verwijderd en vervolgens door middel van lipofilling opgebouwd. In de situatie van verzoekster zijn borstprothesen geplaatst. De lipofilling is aangevraagd als aansluiting op de borstprothesen. Ook is er geen sprake van verminking, omdat de defecten in het decolleté niet ten minste 2 centimeter diep zijn. In het dossier wordt voorts niet beschreven dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer. Zo zijn er geen ernstige pijnklachten.

- 4.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de voorwaarden zijn opgesteld door de wetgever. De ziektekostenverzekeraar voert de regels uit. Bij plastische chirurgie zijn de in de VAV-Werkwijzer genoemde voorwaarden van toepassing. Hier heeft de ziektekostenverzekeraar aan getoetst. De behandelend plastisch chirurg heeft bij de aanvraag niet verklaard dat verzoekster voldoet aan de geldende voorwaarden. Er worden alleen zichtbare ploovormen in het decolleté genoemd. Verzoekster voldoet niet aan de geldende voorwaarden en daarom is de aanvraag afgewezen. De beoordeling is gedaan op basis van de ingediende foto's. Op basis van de aanvraag was het voor de ziektekostenverzekeraar duidelijk dat verzoekster niet aan de voorwaarden voldeed. Verzoekster is daarom niet op het spreekuur opgeroepen, mede omdat de ziektekostenverzekeraar haar geen valse hoop wilde geven. In sommige gevallen is het op voorhand duidelijk dat een spreekuurbezoek niet van toegevoegde waarde zal zijn. Dat was hier het geval.

Ten aanzien van de aanvraag bij de nieuwe verzekeraar geldt dat de ziektekostenverzekeraar niet weet wat er in de nieuwe aanvraag heeft gestaan. Mogelijk stond in die aanvraag dat sprake was van subcutaan weefseltekort. In dat geval gaat het om een aantoonbare lichamelijke

functiestoornis. Dit zou de reden kunnen zijn dat de nieuwe verzekeraar tot een andere conclusie is gekomen. De ziektekostenverzekeraar kan dit niet beoordelen. Hij moet kijken naar de in geschil zijnde aanvraag. De afgelopen jaren is het een en ander veranderd ten aanzien van borstreconstructies. Aanvankelijk gold ook een machtigingsvereiste voor de primaire en secundaire borstreconstructie. Dat is inmiddels niet meer het geval.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij werkt met functionele eenheden. Dit is een verplichting. In die functionele eenheden werken mensen die bevoegd en bekwaam zijn om medische informatie ten behoeve van machtigingen te beoordelen en te interpreteren. De foto's komen binnen op de declaratieafdeling. Vervolgens gaan ze naar de medische adviesgroep. De medewerkers van de medische adviesgroep, medisch verpleegkundigen, kunnen zelfstandig beoordelen of op basis van de foto's aan de voorwaarden is voldaan. Als er twijfel bestaat of als sprake is van een heroverweging worden de foto's door een van de medisch adviseurs beoordeeld, die daarover ook collegiaal overleg kan voeren. In de meeste gevallen is het mogelijk om visueel te beoordelen of aan de voorwaarden is voldaan. Als er twijfel bestaat over de vraag of sprake is van een voldoende volumedefect van de borst, wordt een verzekerde opgeroepen voor het spreekuur. Over de stelling van verzoekster dat reconstructies bij andere vormen van kanker worden vergoed, kan de ziektekostenverzekeraar niet ingaan. Dergelijke reconstructies worden niet aangevraagd en worden dus niet vooraf door de ziektekostenverzekeraar beoordeeld.

Ten aanzien van de nieuwe werkwijze van Zorgverzekeraars Nederland geldt dat de voorwaarden niet zijn veranderd. Echter, volgens de nieuwe werkwijze ligt de beoordeling niet meer bij de ziektekostenverzekeraar, maar bij de behandelend arts. De behandelend arts moet wel zijn dossiers op orde hebben. De ziektekostenverzekeraar voert controles uit. Er is afgesproken dat er eerst afspraken moeten worden gemaakt met plastisch chirurgen. Daarna wordt de nieuwe werkwijze ingevoerd. Op dit moment is er dus nog niets veranderd.

## 5. Advies Zorginstituut

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

### **"Beoordeling**

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

*In geschil is of bij verzoekster sprake is van een verminking. Daartoe moet beoordeeld worden wat de diameter en diepte van het defect van de borst is.*

*De beschikbare informatie in het dossier bevat echter geen foto's waardoor niet beoordeeld kan worden of bij verzoekster sprake is van verminking in de zin van de regelgeving.*

### **Nader onderzoek**

*Het dossier bevat onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoekster voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden van AFT. Om te kunnen beoordelen of verzoekster voldoet aan de in de VAV-werkwijzer gestelde voorwaarden voor AFT dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot het volgende:*

- *Medische foto's van verzoekster waarop zij niet herkenbaar is en alleen het volledige borstgebied zichtbaar is, om te beoordelen of sprake is van verminking in de zin van de regelgeving. Onder medische foto's wordt verstaan: gemaakt door een medisch fotograaf, verstrekt door een behandelaar en met toestemming van verzoekster.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.*

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 16 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

**“Beoordeling**

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

*Het geschil betreft de vergoeding van AFT van het partieel volumedefect in het functionele gebied van beide borsten.*

Verminking

*Verzoekster heeft drie foto's aangeleverd. Eén van het vooraanzicht, één foto vanaf de linkerbovenhoek en een minder scherpe detailfoto genomen vanaf middenboven. Op alle foto's zijn de plooien in de huid van verzoekster zichtbaar.*

*Aan beide zijden is de afwijking niet groter dan een kwart van de borst. De plooien zijn zichtbaar in de middenboven kwadranten van de borsten en zijn grotendeels gelegen in het decolleté. De afwijking zoals zichtbaar op de beschikbare foto's is aan beide borsten minder dan twee centimeter diep. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat er geen sprake is van verminking zoals bedoeld in de regelgeving.*

*Lichamelijke functiestoornis*

*Uit de aanvullende verklaring van de behandelend plastisch chirurg, gedateerd op 29 oktober 2024, blijkt dat de pijnklachten van verzoekster zijn verholpen. Ook blijkt uit de beschikbare informatie niet dat er bij verzoekster op een andere wijze sprake is van een functiestoornis. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat bij verzoekster geen sprake (meer) is van een lichamelijke functiestoornis.*

**Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van AFT.*

*Er is geen sprake van een verminking of lichamelijke functiestoornis.*

**Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen verzekeringsindicatie voor AFT en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding 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 17 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 en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.

- 7.2. Verzoekster wil dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de bij de ziektekostenverzekeraar aangevraagde lipofilling vergoedt. De commissie is zich bewust van de situatie waarin verzoekster verkeert en heeft begrip voor haar wens om de behandeling te ondergaan. Om te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding op grond van de zorgverzekering in aanmerking komt, dient de commissie echter te beoordelen of verzoekster ten tijde van de aanvraag voldeed aan de voorwaarden die in dit verband van toepassing zijn. Zij overweegt daaromtrent als volgt.
- 7.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat het – uitsluitend - aan haar behandelend arts is om te beoordelen of aanspraak bestaat op AFT. De commissie overweegt in algemene zin dat, waar het gaat om de zorgverzekering, het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts ligt. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk?’), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat (is diegene ‘redelijkerwijs aangewezen op’ de zorg of andere dienst en is voldaan aan de door de wetgever gestelde nadere voorwaarden ter zake?), (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de zorgverzekeraar) en tot slot (iv) – indien overeengekomen – of de behandeling doelmatig is. Het feit dat een behandelend arts van oordeel is dat een behandeling medisch gezien nodig is, maakt dus niet dat de kosten hiervan automatisch worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Waar het de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar betreft, overweegt de commissie als volgt.
- 7.4. Verzoekster heeft een AFT van de borst beiderzijds ondergaan. Het gaat hier om een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat. Hiervoor gelden voorwaarden. Deze voorwaarden staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Hetgeen is beschreven onder ‘behandelingen van plastisch chirurgische aard’ in artikel 18.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.  
De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is uitgewerkt in eerder genoemde VAV-werkwijzer. Deze VAV-werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 7.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in het kader van AFT van de borst worden gedacht aan (mogelijke) complicaties of ernstige pijnklachten als gevolg van een tekort aan subcutane weefselbedekking na plaatsing van een prothese.  
Van verminking is bij AFT sprake bij (1) een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van 2 centimeter en een diepte van 2 centimeter heeft en dat ligt in het decolleté, of (2) een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van 5 centimeter en een diepte van 2 centimeter heeft en dat ligt in het niet functionele gebied.
- 7.6. In zijn nader voorlopig advies aan de commissie van 16 april 2025 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat op basis van de beschikbare informatie niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van AFT van de borst beiderzijds. Volgens het Zorginstituut is geen sprake van verminking zoals bedoeld in de regelgeving. Op de door verzoekster overgelegde foto's is zichtbaar dat de afwijking aan beide zijden niet groter is dan een kwart van de borst. De plooiën zijn zichtbaar in de middenboven kwadranten van de borsten en zijn grotendeels gelegen in het decolleté. De afwijking zoals zichtbaar op de beschikbare foto's is aan beide borsten minder dan 2 centimeter diep. Verder is

volgens het Zorginstituut geen sprake (meer) van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Uit de aanvullende verklaring van de behandelend plastisch chirurg, gedateerd op 29 oktober 2024, blijkt dat de pijnklachten van verzoekster zijn verholpen. Ook blijkt uit de beschikbare informatie niet dat er bij verzoekster op een andere wijze sprake is van een functiestoornis. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. De door verzoekster genoemde mentale beweegredenen voor de behandeling, hoe begrijpelijk ook, maken niet dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten hiervan. Dit aspect speelt blijkens de regelgeving namelijk geen rol bij de beantwoording van de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding van de uitgevoerde AFT van de borst beiderzijds. Dat met de uitgevoerde behandeling in de toekomst mogelijk zorgkosten in verband met mentale problematiek worden bespaard, maakt niet dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de hieraan verbonden kosten te vergoeden. De zorgverzekering voorziet namelijk niet in de mogelijkheid van substitutie, dat wil zeggen in de vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van bespaarde kosten van wél verzekerde zorg.

Ook de door verzoekster beschreven fysieke klachten, waaronder de klachten bij het strekken van de armen en de kou van de prothesen, zijn niet te beschouwen als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking zoals bedoeld in de regelgeving en vormen als zodanig geen verzekeringsindicatie voor een behandeling van plastisch chirurgische aard.

Dat verzoekster inmiddels elders is verzekerd tegen ziektekosten, en dat haar huidige zorgverzekeraar een akkoordverklaring voor AFT van de borst beiderzijds heeft afgegeven, maakt de uitkomst van de beoordeling niet anders.

Tot slot merkt de commissie op dat het onlangs aangepaste machtigingsbeleid van Zorgverzekeraars Nederland ten aanzien van plastisch chirurgische behandelingen in relatie tot borstkanker, in het onderhavige geschil geen rol speelt. Hetgeen partijen hierover hebben opgemerkt, wordt daarom door de commissie voor kennisgeving aangenomen.

- 7.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de uitgevoerde AFT van de borst beiderzijds ten laste van de zorgverzekering.

*Slotsom*

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 augustus 2025,

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. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# 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.

---

# 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 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 gehemeltespelingen, 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.

## 2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Naturaverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier;
- de door het CAK aangeleverde gegevens van een ambtshalve aangemelde verzekerde.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

Dit betreft een Natura verzekering. Wij vergoeden de zorgkosten volgens de richtlijnen zoals beschreven in artikel 3. Een Naturaverzekering betekent dat u recht heeft op zorg, medicijnen en/of hulpmiddelen in "natura". Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor uw eigen rekening. Het hebben van een Naturaverzekering heeft gevolgen voor de hoogte van de vergoeding als u naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders, instellingen of leveranciers gaat. Meer over niet-gecontracteerde zorg leest u in artikel 3.

U ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heeft u recht op (vergoeding van) zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

In deze polisvoorwaarden staat beschreven op welke dekking u recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft alleen recht op zorg als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met u afsluiten als het door u verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder u in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven.

Deze regel is niet van toepassing als:

- U een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- U een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank heeft overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- U van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

### 18.16 Logopedie

*Een logopedist helpt u bij het vaststellen en behandelen van een stoornis in uw mondfunctie. Die kan te maken hebben met ademen, stem, spraak, taal of uw gehoor. De logopedist geeft ook advies en voorlichting aan u als patiënt of verzorger van een patiënt.*

U heeft recht op de behandeling door een logopedist. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen tot gevolg heeft. Het gaat om zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Wanneer u naar een niet gecontracteerde logopedist gaat heeft u een verklaring nodig van uw (tand-)arts of orthopedagoog waaruit blijkt dat er een indicatie voor logopedie aanwezig is. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verwijzing van uw huisarts of specialist nodig waaruit blijkt dat er een medische noodzaak is voor de behandeling op een andere locatie dan de praktijk.

Individuele zittingen afasie, - preverbale logopedie, - stotteren, - Hanen-ouderenprogramma, - intergraalzorg stotteren worden verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde logopedist. Deze logopedist dient ingeschreven te staan in het voor de desbetreffende verbijzondering relevante register van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Onder een logopedische behandeling verstaan wij niet behandeling van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anders taligheid.

#### Logopedie in het kader van gzsp

Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

### 18.17 Mechanische beademing

U heeft recht op beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als u beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heeft u recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

### 18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

*Medisch specialistische zorg ontvangt u van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.*

#### Verwijzers naar medisch specialistische zorg

U heeft voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts of KNO-arts. Op mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend heeft u recht volgens artikel 18.19 en 18.20. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor

Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien mag verwijzen naar een klinisch fysicus audioloog en KNO-arts, de klinisch fysicus audioloog mag eveneens verwijzen naar de KNO-arts alsook naar de specialisten kinderarts, neuroloog, revalidatiearts en psychiater. In het geval van infectieziekten mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticen, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

### **Ziekenhuisopname**

U heeft recht op verblijf in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.19 en 18.20 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. U heeft ook recht op de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

### **Logeerkosten bij CAR-T**

U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie in de 3e en 4e week na de behandeling, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 89,- per nacht. In de 1e en 2e week van de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

### **Niet-klinische medisch specialistische zorg**

U heeft recht op medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). U heeft ook recht op de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder heeft u recht op medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist almede de benodigde verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

### **IVF (in-vitrofertilisatie) of ICSI (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)**

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Als vrouw heeft u recht op deze zorg tot uw 43<sup>e</sup> jaar, indien daarvoor een indicatie bestaat. U heeft dan recht op 3 IVF- of ICSI-pogingen per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. U heeft ook recht op de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na IVF, geldt als nieuwe eerste poging. Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF poging wordt aangemerkt. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43<sup>ste</sup> verjaardag mag worden afgemaakt.

**U heeft geen recht op:**

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap;
- eerste en tweede IVF-poging tot uw 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als u 43 jaar of ouder en vrouw bent.

**Overige fertiliteit bevorderende behandelingen**

U heeft recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (Medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteit bevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie of het ongedaan maken van een sterilisatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. U heeft geen recht op behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

**Behandeling van plastisch chirurgische aard**

U heeft recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapt bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping uw gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
  - lip-, kaak- en gehemeltespelten;
  - misvormingen van het benig aangezicht;
  - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
  - geboortevlekken;
  - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen uw aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als u deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

*De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kunt u vinden op [www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten](http://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten).*

**Transgenderzorg**

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten). Voor de eerste 10 epilatiebehandelingen in het gelaat hebt u geen toestemming nodig. Deze worden in ieder geval vergoed indien sprake is van verminking. Als u daarna nog meer epilatiebehandelingen nodig hebt, dan moet u daarvoor eerst toestemming vragen. Wij toetsen dan of u nog steeds aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

**Second Opinion**

U heeft recht op een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is binnen hetzelfde vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

**Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg**

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op [wetten.overheid.nl/zoeken](https://wetten.overheid.nl/zoeken).

**18.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

*Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg u precies recht heeft hangt ervan af of u jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Uw kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.*

**Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

U heeft recht op de hieronder genoemde zorg:

- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen;
- Op fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op het verzegelen of afdichten van groeven en putjes in tanden en kiezen (sealing);
- Op tandvlesbehandeling (parodontale hulp);
- Op verdoving (anesthesie);
- Op wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
- Op vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
- Op behandeling bij klachten aan het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- Op uitneembare prothetische voorzieningen (bijvoorbeeld kunstgebit of plaatje);