

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501912

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 25 maart 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 april 2026 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 22 april 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 april 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 28 mei 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026009429) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 mei 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 15 juli 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 20 juli 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 28 mei 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 juli 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 zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. De behandelend dermatoloog heeft op 28 augustus 2025 namens verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor liposuctie met tumescente lokale anesthesie vanwege lipoedeem bij de armen en benen. De zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 29 september 2025 meegedeeld hiervoor geen machtiging te verlenen.

- 2.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 december 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 28 mei 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 22 juli 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van liposuctie met tumescente lokale anesthesie te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij al geruime tijd kampte met pijnklachten, zwellingen en ernstig functieverlies in haar armen en benen. Na veel onderzoeken te hebben ondergaan heeft verzoekster te horen gekregen dat zij lijdt aan ernstig lipoedeem. In de afgelopen jaren heeft verzoekster weliswaar diverse behandelingen en therapieën geprobeerd, maar deze hebben niet het gewenste effect gehad. De behandelend artsen zijn thans alle van oordeel dat alleen liposuctie met tumescente lokale anesthesie nog kan helpen. De aangevraagde liposuctiebehandelingen zijn dan ook medisch noodzakelijk en allesbehalve cosmetisch van aard.
- 3.3. Verder voert verzoekster aan dat zij telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek is haar meegedeeld dat liposuctiebehandelingen worden vergoed als sprake is van een medische indicatie. Voorwaarde hierbij was wel dat de behandelingen zouden worden uitgevoerd door een ziekenhuis in Drachten of België. Omdat verzoekster zich graag in Nederland wilde laten behandelen, heeft zij zich gewend tot het ziekenhuis in Drachten. Aldaar werd haar bevestigd dat zij kampt met lipoedeem en dat liposuctie de enige oplossing is om de bestaande klachten te verminderen c.q. te verhelpen.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster aangevoerd dat al tijdens het eerste telefonisch contact met de zorgverzekeraar de indruk is gewekt dat de liposuctiebehandelingen in geval van een medische noodzaak voor vergoeding in aanmerking zouden komen. De enige voorwaarde die hierbij werd gesteld was dat de behandelingen in Drachten of België dienden te worden uitgevoerd. Ondanks het feit dat verzoekster de adviezen van de zorgverzekeraar heeft opgevolgd, worden de behandelingen niet vergoed. Volgens de zorgverzekeraar voldoen liposuctiebehandelingen namelijk niet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk' omdat de effecten op de langere termijn nog niet bekend zijn. Verzoekster vraagt de zorgverzekeraar en de commissie om die reden niet alleen naar de regels te kijken, maar in de besluitvorming ook te betrekken de klachten die zij dagelijks ervaart. De aangevraagde liposuctiebehandelingen kunnen deze klachten aanzienlijk doen verminderen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij als zorgverzekeraar de taak heeft te toetsen of de aangevraagde zorg binnen de geldende wet- en regelgeving verzekerde zorg is. In artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering is bepaald dat de zorg moet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut heeft in het verleden meerdere adviezen uitgebracht waarin is geconcludeerd dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is waaruit blijkt dat liposuctie bij lipoedeem voldoende effect heeft. In oktober 2025 heeft de zorgverzekeraar zelf een literatuursearch gedaan om te onderzoeken of er nieuwe onderzoeken

zijn gepubliceerd. Hieruit is naar voren gekomen dat er één systematische review (Mortada H. et al.) is gepubliceerd. Omdat het onderzoek geen willekeurige toewijzing van deelnemers had en geen vergelijkingsgroep gebruikte, kan op basis van deze publicatie niet worden geconcludeerd dat liposuctie bij lipoedeem inmiddels wel voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en de praktijk’. Deze conclusie wordt bevestigd in een advies van het Zorginstituut aan de commissie (SKGZ202500618, 12 november 2025) waarin wordt gesteld dat de bewijskracht voor de effectiviteit van liposuctie bij lipoedeem zeer laag blijft en dat de behandeling nog steeds niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 4.2. Voor zover verzoekster stelt dat van de zijde van de zorgverzekeraar de toezegging zou zijn gedaan dat de behandelingen liposuctie in geval van een medische noodzaak worden vergoed doelt zij waarschijnlijk op een gesprek van 9 april 2025 met de afdeling Zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Uit de door de zorgverzekeraar gemaakte registratie van het betreffende gesprek blijkt dat verzoekster op deze datum contact heeft opgenomen met de vraag waar zij terecht kon voor liposuctiebehandelingen. Tijdens dit gesprek is verzoekster gewezen op de ziekenhuizen in Leuven (België) en Drachten. Anders dan verzoekster stelt, is tijdens dit gesprek een eventuele vergoeding niet aan de orde geweest. Naast de registratie van het telefoongesprek op 9 april 2025, heeft de zorgverzekeraar registraties van telefoongesprekken die op 26 maart 2025, 7 april 2025, 8 september 2025 en 30 oktober 2025 met verzoekster zijn gevoerd. Hieruit blijkt dat deze gesprekken zijn geregistreerd met standaard vraag- en antwoordcodes over onder meer vergoedingen, machtigingen en zorgbemiddeling. Bij dit soort contacten informeert de medewerker op basis van de interne kennisbank. Alleen wanneer uitdrukkelijk wordt afgeweken van deze standaardinformatie, of er een bijzondere toezegging wordt gedaan, wordt dit expliciet in de notities vastgelegd. Daarvan is bij verzoekster geen sprake. In de beschikbare registraties komt ook niet naar voren dat verzoekster specifiek de vraag heeft gesteld welke vergoeding geldt voor liposuctie bij de indicatie lipoedeem. Zelfs als die vraag wél expliciet was gesteld, blijkt nergens uit dat er verkeerde of onvolledige informatie zou zijn gegeven. Mogelijk dat wel is gesproken over de ‘medische noodzaak’, maar dat is een andere term dan ‘medische indicatie’.
- 4.3. Door de zorgverzekeraar is ook beoordeeld in hoeverre het onredelijk is om in het geval van verzoekster vast te blijven houden aan de geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. Indien sprake is van een zéér uitzonderlijke situatie, bestaat soms de mogelijkheid tot afwijking. Van dergelijke bijzondere omstandigheden bij verzoekster (zoals bijvoorbeeld in SKGZ-dossier 202400399) blijkt echter niet uit het dossier. De liposuctie is bijvoorbeeld niet noodzakelijk om een andere operatie te (kunnen) ondergaan, zoals in de uitspraak in kort geding bij de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2019:983), waarin wel een vergoeding is toegekend. Ook is niet de verwachting dat liposuctie bij lipoedeem op korte termijn wordt opgenomen in het basispakket conform het zogenoemde Bosentan-arrest. Gelet op het voorgaande ziet de zorgverzekeraar geen aanleiding om de behandelingen uit coulance te vergoeden.
- 4.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar verwezen naar zijn brieven van 10 maart 2026 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen en 22 april 2026 aan de commissie. Daarnaast is door de zorgverzekeraar nogmaals benadrukt dat uit de beschikbare telefoonregistraties niet blijkt dat aan verzoekster, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde telefonische toezeggingen zijn gedaan.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 28 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Achtergrond en behandeling

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

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

Het standpunt uit 2022

Het Zorginstituut heeft in maart 2022 het standpunt ‘Liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules (LTA) bij patiënten met lipoedeem’ gepubliceerd. Voor dit standpunt is op basis van vijf niet-vergelijkende (voor-na) studies beoordeeld of liposuctie met tumescente lokale anesthesie effectief is in vergelijking met conservatieve behandeling bij patiënten met lipoedeem. De gevonden effecten voor alle uitkomsten waren zeer onzeker, omdat de kwaliteit van bewijs zeer laag was. Het Zorginstituut heeft daarom destijds geconcludeerd dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij patiënten met lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Aanvullend literatuuronderzoek in 2024 en 2025

Het Zorginstituut heeft in mei en augustus 2024 en oktober 2025 in het kader van geschillen (SKGZ202303164, SKGZ202400399 en SKGZ202500618) een update van het literatuuronderzoek van het standpunt verricht. Er werden drie extra voor-na studies (waarvan er twee over dezelfde populatie lijken te gaan) gevonden. Er werden geen resultaten van vergelijkende studies gevonden.

Bij de laatste update (oktober 2025) werd het studieprotocol van de LIPLEG trial gevonden. In deze RCT (n=410, 2:1 randomisatie) wordt liposuctie met tumescente lokale anesthesie vergeleken met complexe conservatieve therapie (niet verder gespecificeerd) bij volwassen patiënten met lipoedeem. De primaire uitkomstmaat is pijn (gemeten met een NRS). De follow-up is 12 en 24 maanden.

Op basis van de 12 maanden resultaten van deze trial wordt per 1 januari 2026 liposuctie bij lipoedeem vergoed in Duitsland. Hoewel de resultaten, die deels weergegeven staan in een document van de Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA, organisatie die zorg beoordeelt in Duitsland), veelbelovend zijn, is een peer reviewed publicatie met de volledige 12 maanden follow-up resultaten van de trial nog niet beschikbaar.

Update literatuuronderzoek

Ook voor het huidige geschil is een update van het literatuuronderzoek (oktober 2025-heden) uitgevoerd. Er is één observationeel cohort onderzoek gepubliceerd wat een voor-na studie betreft. Er werden geen prospectieve vergelijkende studies gevonden. Met name de resultaten van de LIPLEG studie zijn nog niet gepubliceerd.

Er zijn momenteel dus geen studieresultaten gepubliceerd waarin een groep patiënten die behandeld is middels liposuctie met tumescente lokale anesthesie vergeleken wordt met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Daarmee blijft de bewijskracht van de beschikbare studies zeer laag en de effectiviteit van liposuctie met tumescente lokale anesthesie zeer onzeker. Het is mogelijk dat dit op termijn zal veranderen, wanneer de resultaten van de LIPLEG studie gepubliceerd worden.

Richtlijnen

In de Nederlandse richtlijn Lipoedeem van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV, 2014) wordt geconcludeerd (o.b.v. vier niet-vergelijkende studies, Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) niveau 3) dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende cannules een effectieve behandeling is voor lipoedeem.

Deze Nederlandse richtlijn is meegenomen en meegewogen bij het eerdergenoemde standpunt van het Zorginstituut evenals andere internationale richtlijnen en standpunten.

De richtlijn Chronic Lipedema (2022) van het Engelse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) werd overigens niet in het standpunt opgenomen, omdat deze nog in ontwikkeling was. NICE concludeert in deze richtlijn die na de publicatie van het standpunt is uitgebracht dat het wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van liposuctie onvoldoende is en voornamelijk is gebaseerd op retrospectieve studies met methodologische beperkingen. Daarnaast stelt NICE dat het bewijs over de veiligheid van de procedure onvoldoende is en er mogelijk risico is op ernstige bijwerkingen. NICE adviseert daarom om deze behandeling alleen in onderzoeksverband te verrichten.

Conclusie

In 2022 heeft het Zorginstituut een negatief standpunt ingenomen over liposuctie met tumescente lokale anesthesie bij lipoedeem. Sinds de publicatie van dit standpunt zijn geen studies van hogere kwaliteit gepubliceerd dan de studies die al beschikbaar waren ten tijde van de beoordeling door het Zorginstituut.

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

Het advies

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

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) en artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie stelt voorop dat zij begrip heeft voor de wens van verzoekster om de aangevraagde behandeling te ondergaan vanwege de door haar beschreven hinderlijke en belastende klachten.

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

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

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

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

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

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

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

- 7.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de armen en benen. Het advies van 28 mei 2026 bevat de uitkomst hiervan.

Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat hij op 7 maart 2022 zijn ‘Standpunt liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules bij patiënten met lipoedeem’ heeft gepubliceerd. Bij het bepalen van dit standpunt is meegewogen dat in de Nederlandse richtlijn Lipoedeem van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV, 2014)

wordt opgemerkt dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende canules een effectieve behandeling is voor lipoedeem. Ondanks deze bevindingen was de conclusie dat liposuctie met tumescente lokale anesthesie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit omdat de beschikbare onderzoeken niet aantonen dat deze behandeling effectief is bij patiënten met lipoedeem. Na het uitbrengen van dit standpunt heeft het Zorginstituut in mei 2024, augustus 2024 en oktober 2025 een update van het literatuuronderzoek verricht. De gevonden studies gaven destijds voor het Zorginstituut geen aanleiding het in 2022 ingenomen standpunt te wijzigen. Van belang hierbij is ook dat uit de richtlijn Chronic Lipedema (2022) van het Engelse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) blijkt dat het bewijs over de veiligheid van de procedure onvoldoende is en er mogelijk risico is op ernstige bijwerkingen. Wel werd in oktober 2025 een studieprotocol gevonden van de LIPLEG trial waarin liposuctie met tumescente lokale anesthesie wordt vergeleken met complexe conservatieve therapie (niet verder gespecificeerd) bij volwassen patiënten met lipoedeem. De follow-up hiervan is 12 respectievelijk 24 maanden. Hoewel de resultaten van de trial na 12 maanden veelbelovend zijn en Duitsland op basis van deze eerste resultaten heeft besloten de kosten te gaan vergoeden, geldt dat een peer reviewed publicatie met de volledige resultaten van de trial in mei 2026 nog niet is gepubliceerd. Mogelijk dat dit op korte termijn alsnog gaat gebeuren, maar dat is niet zeker.

Daarnaast heeft het Zorginstituut in het kader van het onderhavige geschil op 15 mei 2026 een literatuursearch gedaan om te kijken welke studies er in de periode vanaf oktober 2025 zijn gepubliceerd. Gebleken is dat er één observationeel cohort onderzoek is gepubliceerd. Dit betrof een voor-na studie. Tijdens de search werden geen prospectieve vergelijkende studies gevonden. Het voorgaande leidt ertoe dat er momenteel geen studieresultaten zijn gepubliceerd waarin een groep patiënten die behandeld is door middel van liposuctie met tumescente lokale anesthesie wordt vergeleken met een groep patiënten die conservatieve behandeling krijgt. Daarmee blijft de bewijskracht van de thans beschikbare studies zeer laag en de effectiviteit van liposuctie met tumescente lokale anesthesie zeer onzeker. Om die reden handhaaft het Zorginstituut zijn standpunt dat de behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’.

- 7.6. Gelet op de door de wetgever aan het Zorginstituut toegekende rol van pakketbeheerder en adviseur van de commissie in verstrekkingengeschillen, ziet de commissie in hetgeen door verzoekster is aangevoerd - met name haar verwijzing naar verschillende publicaties waarop overigens door het Zorginstituut inhoudelijk is gereageerd, en het ontbreken van een behandelalternatief - geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van liposuctie met tumescente lokale anesthesie van de armen en benen ten laste van de zorgverzekering.

Telefonische toezegging

- 7.7. Verzoekster heeft gesteld dat de zorgverzekeraar telefonisch heeft toegezegd dat de kosten van de liposuctiebehandelingen worden vergoed als sprake is van een medische noodzaak. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden en toegelicht dat door hem in 2025 meerdere telefoongesprekken zijn geregistreerd, onder meer op 26 maart 2025, 7 april 2025, 9 april 2025, 8 september 2025 en 30 oktober 2025. Uit de registraties blijkt volgens de zorgverzekeraar dat alleen in het telefoongesprek dat met verzoekster is gevoerd op 9 april 2025 is gesproken over het uitvoeren van een liposuctiebehandeling in Leuven of Drachten. De commissie overweegt dat nu verzoekster onder verwijzing naar een telefoongesprek aanspraak maakt op volledige vergoeding van de kosten, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en eventuele bewijslast ter zake op haar rusten. Dit betekent dat zij moet aantonen dat haar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan. Hierin is verzoekster naar het oordeel van de commissie niet in geslaagd. Van belang hierbij is dat door de zorgverzekeraar is gesteld dat alle gesprekken zijn geregistreerd met standaard vraag- en antwoordcodes, er niet is gesproken over een vergoeding voor de kosten van

liposuctie bij lipoedeem, en dat geen aantekening is gemaakt van een afwijking van de standaardinformatie. Dat dit anders zou zijn is door verzoekster niet aangetoond. Het beroep op een gedane toezegging kan onder deze omstandigheden niet slagen.

Wel merkt de commissie ten overvloede op dat het voor verzoekster inzichtelijker was geweest als tijdens haar contact met de afdeling Zorgbemiddeling was geëxpliciteerd dat de verwijzing naar het ziekenhuis in Leuven of Drachten nog niet betekende dat de zorg aldaar voor vergoeding in aanmerking komt, maar dat leidt niet tot een ander oordeel.

- 7.8. De zorgverzekeraar is nagegaan of onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarden in de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Hierbij heeft hij verwezen naar jurisprudentie en geconcludeerd dat in dit geval voor afwijking geen grond bestaat.
- De commissie overweegt dat de Hoge Raad in het door de zorgverzekeraar aangehaalde Bosentan-arrest een aantal cumulatieve voorwaarden heeft geformuleerd waaraan moet zijn voldaan om met succes een beroep te kunnen doen op de zogenoemde derogerende werking van artikel 6:248, tweede lid, BW. Eén van de criteria is dat de verwachting moet zijn dat de zorg op korte termijn wordt opgenomen in het verzekerde pakket van de zorgverzekering. Voor de in het geding zijnde behandeling bestaan hiervoor op dit moment echter geen concrete aanwijzingen.
- 7.9. Uit de stukken blijkt tot slot dat de zorgverzekeraar de mogelijkheid van een coulancevergoeding heeft overwogen, maar daartoe niet heeft besloten. De commissie is ten aanzien van een dergelijke onverplichte vergoeding niet bevoegd. Dit behoort tot de beleidsvrijheid van de verzekeraar, uitgezonderd de situatie waarin door deze een beleid van willekeur wordt gevoerd. Dat laatste is echter gesteld, noch gebleken.

Slotsom

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 augustus 2026,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

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

Zorgadvies en bemiddeling

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

Medische noodzaak

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

1.2. Wie mag de zorg verlenen

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

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

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

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

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

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

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	Eigen bijdrage en maximale vergoeding
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 261 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is $2 \times € 152 = € 304$ per dag Af: eigen bijdrage is $2 \times € 21,50 = € 43$ per dag Totaal: $€ 304 - € 43 = € 261$ per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 261 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	De eigen bijdrage is € 549,41 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 5,40 per uur.
Medische noodzaak	
Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.	

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

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

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

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

- a. Van 1 juli 2021 tot 1 januari 2027, blaasinstillatie met blaasspoelvlloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies;
- b. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 geïntensifieerde, alkyliserende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker;
- c. Van 1 oktober 2017 tot 1 juli 2025 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht;
- d. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- e. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn.

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

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

Dit is niet verzekerd

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

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

Let op

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

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Integrale geboortezorg

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

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

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

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

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

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

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (Interdisciplinaire MSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Deze zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren bij hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Bij interdisciplinaire MSR werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het doel van interdisciplinaire MSR is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij.

Op indicatie van een revalidatiearts kunt u recht hebben op Interdisciplinaire MSR-behandeling als bij u sprake is van:

- Problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen veroorzaakt door een aandoening in het bewegingsapparaat of een neurologische aandoening;
- Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt problemen in het bewegingsvermogen;
- Problemen van het bewegingsvermogen en de mogelijkheid om te bewegen beperkt of afwezig is;
- Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) als het hersenletsel leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.

U heeft alleen recht op deze zorg als deze het meest doeltreffend is om de problemen te voorkomen, verminderen of overwinnen en u met deze zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van gespecialiseerde zorgverleners onder leiding van een revalidatiearts verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.