

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202402234

Partijen

A, te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 16 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 14 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 februari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 26 februari 2025 heeft verzoeker de commissie aanvullende stukken gezonden. Kopieën hiervan zijn,
eveneens op 26 februari 2025, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij e-mailbericht van 10 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) de commissie meegedeeld dat de functionele rhinoplastiek wordt onderzocht en dat naar verwachting eind juni 2025 een standpunt hierover wordt uitgebracht. Een kopie van het e-mailbericht is bij brief van 25 maart 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.5. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 april 2025 meegedeeld dat hij het standpunt van het Zorginstituut wenst af te wachten. De ziektekostenverzekeraar is hierover bij brief van 4 april 2025 geïnformeerd.
- 1.6. Bij brief van 18 juni 2025 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2025004472) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 juni 2025 aan partijen gezonden.
- 1.7. Bij brief van 29 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht, waarvan een kopie op 31 juli 2025 aan partijen is gestuurd.

- 1.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 september 2025 verklaard dat de septumcorrectie door hem volledig is vergoed, en hij heeft gevraagd naar het belang van verzoeker bij voortzetting van de procedure. Een kopie van deze brief is op 9 september 2025 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 11 september 2025 gereageerd.
- 1.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 september 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.10. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie te berichten of het nader voorlopig advies van 29 juli 2025 aanpassing behoeft. Verder heeft de commissie het Zorginstituut vragen gesteld met het verzoek het antwoord daarop in zijn advies mee te nemen. Bij brief van 15 oktober 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Tevens heeft het Zorginstituut geantwoord op de vragen van de commissie. Een kopie van het definitief advies is aan partijen gezonden.
- 1.11. Bij e-mailbericht van 4 november 2025 heeft verzoeker, en bij brief van 10 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de 'Ik kies zelf' verzekering Goede Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Zorgbeter, Tandbeter en Buitenland (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. In verband met ademhalingsklachten heeft verzoeker op 8 april 2024 een operatie ondergaan. De namens hem ingediende aanvraag voor een septorhinoplastiek is op 11 april 2024 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Verzoeker heeft nadien de nota van de zorgaanbieder ten bedrage van € 1.500,- ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brief van 22 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat bij verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en/of een verminking.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 18 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 29 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 15 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota van € 1.500,- van de zorgaanbieder ter zake van de inmiddels bij hem uitgevoerde operatie te vergoeden.

- 3.2. In zijn brief van 30 april 2024 heeft verzoeker verklaard dat hij problemen had met zijn (neus)ademhaling. Zijn nachtrust werd hierdoor verstoord, waardoor hij met het ouder worden ook problemen kreeg tijdens het werk. Achter het stuur in de auto vielen zijn ogen zo nu en dan dicht. Personen in zijn omgeving vroegen hem ook waarom hij luidruchtig ademhaalde. Na uitleg van zijn KNO-arts heeft verzoeker besloten zich te laten opereren aan zijn neus. Op 8 april 2024 heeft de operatie plaatsgevonden. Dit duurde tegen verwachting in veel langer dan gepland. Aan verzoeker werd meegedeeld dat het neustussenschot moest worden verlengd om het passend en vast te maken. Tijdens de operatie zijn een foto en een film gemaakt. Verzoeker heeft benadrukt dat het een medisch noodzakelijke ingreep betrof en geen cosmetische behandeling. Hij heeft verklaard niet te begrijpen waarom de ingreep niet wordt vergoed. Het herstel na de operatie is hem tegengevallen. De neus was gezwollen, hij diende nog langere tijd te spoelen, zalf te smeren en paracetamol te slikken. De operatie heeft echter wel goed geholpen, want hij kan nu goed door zijn mond en neus ademen.
- 3.3. Verzoeker heeft in zijn brief van 16 december 2024, gericht aan de commissie, toegelicht dat de operatie medisch noodzakelijk was in verband met zijn ernstige ademhalingsproblemen en om de structurele afwijkingen van het neusseptum te corrigeren. De ingreep was zodanig complex dat deze veel langer duurde dan gepland. Dit toont volgens verzoeker al aan dat het een ingrijpende en noodzakelijke medische behandeling betrof. Zijn behandelend KNO-arts heeft gedetailleerd verklaard dat de operatie geen cosmetische ingreep betrof, maar dat deze nodig was om de functionele problemen te verhelpen die het dagelijks leven van verzoeker ernstig beïnvloedden. Hij had onder andere chronische hoofdpijn, slaapstoornissen en ademhalingsproblemen. Verzoeker kan niet begrijpen dat vergoeding van de kosten van € 1.500,- voor de operatie is afgewezen. Hij herhaalt dat de ingreep medisch noodzakelijk en complex was. Dit mag volgens hem niet worden genegeerd bij de beoordeling. Ook staat in de voorwaarden van de zorgverzekering dat medisch noodzakelijke ingrepen om ademhalingsproblemen te verhelpen worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft bij brief van 26 februari 2025 toegelicht dat de KNO-arts heeft geconstateerd dat hij fors verstopte neusingangen had. De operatie, die op 8 april 2024 heeft plaatsgevonden, heeft uiteindelijk 5 uren geduurd. Tijdens de operatie werd duidelijk dat de ernstige luchtwegobstructie was ontstaan door twee breuken van 90° in het septum. Door deze vermindering van het septum is zijn leven lange tijd ondragelijk geweest. Verzoeker vindt het onvoorstelbaar dat zijn knieprothese wel werd vergoed, maar de neuscorrectie niet. Terwijl deze laatste toch van levensbelang is. Hij verwijst hierbij naar films en opsporingsprogramma's waar de monden van slachtoffers worden afgeplakt. Als hem dat was overkomen, dan had hij het niet overleefd. Bij zijn brief heeft verzoeker twee foto's en een video opname gevoegd.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 11 september 2025 heeft verzoeker een factuur van 10 april 2025 overgelegd ten bedrage van € 1.500,-. Op de factuur staat vermeld dat verzoeker akkoord gaat met betaling van de kosten van de open septum rhinoplastiek, omdat deze behandeling niet onder de verzekerde zorg valt. Verzoeker heeft de commissie gevraagd de ziektekostenverzekeraar te verplichten hem deze kosten te vergoeden.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij niet wist dat de kosten van de operatie meer bedroegen dan € 1.500,- en dat een deel van de kosten al door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis was vergoed. Volgens de behandelend KNO-arts werd de operatie niet vergoed, en als verzoeker deze toch wilde ondergaan, moest hij het bedrag van € 1.500,- zelf betalen. Verzoeker ging ervan uit dat dit bedrag klopte, omdat het alleen een septumcorrectie betrof. Na de operatie heeft hij de hiervan gemaakte opname gezien. Hij heeft veel langer op de operatietafel gelegen dan vooraf was ingeschat. Volgens verzoeker is er alleen een inwendige neuscorrectie uitgevoerd. Het op drie plaatsen gebroken septum is geopereerd. Het voorlopig advies van het Zorginstituut kan hij daarom niet volgen. Hierin wordt geschreven over een externe neuscorrectie, maar daarvan is in zijn geval geen sprake. Als hij had geweten dat een deel niet zou worden vergoed, dan had hij alleen het deel

dat wel wordt vergoed laten uitvoeren. Verzoeker weet niet of er bij de ingreep spreader grafts zijn gebruikt. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hem nooit is uitgelegd dat de kosten van de operatie zijn gesplitst in een deel dat ziet op de externe en op de interne neuscorrectie. Zijn klachten zijn inmiddels grotendeels verholpen, vooral overdag merkt hij een groot positief verschil.

- 3.7. Naar aanleiding van het definitief advies van 15 oktober 2025 heeft verzoeker verklaard dat hij niet anders kon dan akkoord gaan met de betalingsverplichting van € 1.500,--. Het advies van het Zorginstituut is juist geformuleerd en voor hem is ook de vraag is waarom hij nog een factuur van € 1.500,-- heeft ontvangen van de zorgaanbieder. Verzoeker heeft de commissie gevraagd het geschil met de zorgaanbieder hierover af te handelen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat bij verzoeker geen sprake is van een ernstige uitwendige deformiteit/scheefstand van het benig gedeelte van de neus. Een dergelijke functiestoornis wordt noch beschreven door de specialist noch is deze te zien op de foto's. Een septumreconstructie (inwendig dan wel extracorporaal) is machtigingsvrij. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard 2021' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (hierna: VAV-werkwijzer). Hierin staan de criteria beschreven waaraan moet worden voldaan voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 februari 2025, gericht aan de commissie, verklaard dat hij op 11 april 2024 een aanvraag ontving voor een neuscorrectie. Hierbij waren het verslag van de KNO-arts en foto's van het voor-, boven- en zijaanzicht van het gezicht van verzoeker gevoegd. Op 22 april 2024 is de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 4.3. Voor de beoordeling of aanspraak bestaat op vergoeding van een neuscorrectie wordt, als gezegd, gebruik gemaakt van de VAV-werkwijzer. Daarin staat beschreven dat een neuscorrectie vergoed kan worden in geval van vermindering of als aan de volgende 6 voorwaarden is voldaan:
 1. Er is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dat wil zeggen een chronische sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan één jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad en waarvan de verzekerde dagelijks hinder ondervindt; en,
 2. de ernst van de klachten is geobjectiveerd door middel van de Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) Scale; en,
 3. er is een duidelijke uitwendige zichtbare anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is; en,
 4. er wordt bij nasendoscopie/rhinoscopie een passageprobleem gezien en beschreven, dat de passageklachten verklaart en dat veroorzaakt wordt door de bij uitwendige inspectie geobjectiveerde anatomische afwijking; en,
 5. de afwijking kan alleen gecorrigeerd worden met een operatieve neuscorrectie/rhinoplastiek en niet alleen met een septumcorrectie en/of conchareductie; en,
 6. de voorgestelde ingreep voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker niet aan de voorwaarden onder 3 tot en met 6 voldoet. De KNO-arts heeft in het verslag beschreven dat sprake is van een septumdeviatie, maar dat (het benige gedeelte van) de neus vrijwel recht staat. Uit het verslag blijkt niet dat er een duidelijke uitwendige zichtbare anatomische en/of structurele afwijking is die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is. Ook blijkt uit het verslag niet dat het passageprobleem veroorzaakt wordt door een bij uitwendige inspectie geobjectiveerde anatomische afwijking. Verder beschrijft de KNO-arts enkel problemen met het septum. Er is niet omschreven waarom - onder vermelding van een motivatie die is gebaseerd op de 'stand van de wetenschap en praktijk' - verzoeker niet voor zijn klachten had kunnen worden behandeld door middel van een septumcorrectie. Het is daardoor niet navolgbaar waarom er een septorhinoplastiek verricht moest

worden. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar hoofdstuk 12, onderdeel functiestoornis, van de VAV-werkwijzer.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 maart 2025 verklaard dat de medisch adviseur naar aanleiding van de video opname heeft geconcludeerd dat bij verzoeker een septumprobleem bestond. Uit de opname blijkt niet dat er een indicatie was voor een uitwendige rhinoplastiek. De video opname verandert daarom het ingenomen standpunt niet.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 september 2025 verklaard dat uit het operatieverslag van verzoeker volgt dat sprake is geweest van een septumcorrectie. Deze behandeling is machtigingsvrij en is door het ziekenhuis rechtstreeks gedeclareerd. Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat het ziekenhuis daarbij de volgende omschrijving heeft meegegeven:
‘DBC 15E970; zorgproductcode 109799060, Herstel neustussenschot bij een afwijking aan het neustussenschot’.
 De kosten van deze behandeling, te weten € 2.994,28, zijn op 3 juni 2024 volledig vergoed aan het ziekenhuis. Aan verzoeker is het nog openstaande eigen risico, ten bedrage van € 277,93, in rekening gebracht.
 De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij benadrukt dat de aanvraag voor een machtiging voor de neuscorrectie is afgewezen, maar dat de septumcorrectie zoals gedeclareerd door het ziekenhuis is vergoed. Voor de ziektekostenverzekeraar is de vraag of verzoeker zelf kosten heeft moeten betalen voor de behandeling in het ziekenhuis. Mocht dit niet het geval zijn, dan vraagt de ziektekostenverzekeraar zich af wat het belang van verzoeker is bij voortzetting van de procedure.
- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het Zorginstituut een standpunt over de vergoeding van een interne en externe neuscorrectie heeft uitgebracht. In de situatie van verzoeker gaat het om het septum. Plastisch chirurgische ingrepen moeten vooraf worden aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Bij de neus wordt beoordeeld of de vormafwijking de klachten verklaart. Op basis van de beschikbare informatie is geoordeeld dat dit bij verzoeker niet het geval was. Er was alleen sprake van septumproblematiek, daar zaten breuken. De machtiging die door de KNO-arts is aangevraagd betreft een rhinoplastiek. Dat is het veranderen van de neusvorm. Volgens de ziektekostenverzekeraar konden de klachten via een septumcorrectie worden behandelend en de kosten hiervan zijn dan ook vergoed. Uit het operatieverslag volgt dat het septum is geopereerd. Dit is dan ook vergoed op basis van een DBC. Een DBC is een bundel aan activiteiten die horen bij een operatie en daarover zijn prijsafspraken gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij heeft vergoed wat hij moest vergoeden, niet verzekerde zorg mag door hem niet worden vergoed. Uit de betalingsverplichting die verzoeker heeft ondertekend blijkt niet wat de ‘onverzekerde zorg’ is. De KNO-arts heeft niets geschreven over de vorm van de neus of over nauwe kleppen. Alleen de problematiek met het septum is beschreven. Daarnaast gevraagd door de commissie, licht de ziektekostenverzekeraar toe dat ‘open septum rhinoplastiek’ betekent dat het gaat om de vorm van de neus (rhino). Als op de aanvraag alleen ‘een open septumplastiek’ zou staan is het dezelfde DBC, maar met een andere diagnose. De KNO-arts moet dan invullen of het gaat om een vormafwijking (rhino) of het septum.
 De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat er geen septumcorrectie mag worden gedeclareerd als in feite een rhinoplastiek heeft plaatsgevonden.
- 4.8. Bij brief van 10 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in het definitief advies van 15 oktober 2025 van het Zorginstituut is opgemerkt dat het plaatsen van spreader grafts geen onderdeel is van een septumcorrectie, maar dat dit moet worden beschouwd als inwendige neusklepchirurgie. Daarmee valt het plaatsen van spreader grafts volgens het Zorginstituut onder een rhinoplastiek. Omdat ook het septum tijdens de operatie uit de neus is gehaald en is gecorrigeerd, concludeert het Zorginstituut dat er zowel een septumcorrectie als een rhinoplastiek heeft plaatsgevonden. De redenatie van het Zorginstituut is niet navolgbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat hij in eerdere correspondentie heeft meegedeeld dat uit het operatieverslag blijkt dat er een septumcorrectie is uitgevoerd door middel van een open

benadering. Dit stemt ook overeen met het doel van de operatie, namelijk het rechtzetten van het septum. Dat er bij deze operatie spreader grafts zijn geplaatst, maakt nog niet dat er sprake is van een rhinoplastiek. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat met een rhinoplastiek de uitwendige neus wordt veranderd. Hij verwijst hiervoor ook naar de VAV-werkwijzer. Bij verzoeker is geen rhinoplastiek zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer uitgevoerd. De uitwendige vorm van de neus was niet de oorzaak van het doorgankelijkheidsprobleem; dat waren de fracturen van het septum. Blijkens het operatieverslag is ook alleen het septum geopereerd en niet de uitwendige vorm van de neus. Dat er bij verzoeker geen rhinoplastiek is verricht zoals bedoeld in de VAV-werkwijzer blijkt overigens ook uit het feit dat er na de operatie aan de buitenzijde geen duidelijk verschil in de vorm van de neus is te zien. Bij verzoeker heeft een extracorporele septumcorrectie plaatsgevonden, waarbij tevens (extracorporeel) spreader grafts aan het septum zijn gehecht. Zoals in de VAV-werkwijzer is vermeld, betekent een open benadering (incisie uitwendig) niet automatisch dat er sprake is van een rhinoplastiek. In de VAV-werkwijzer is vermeld: “een extracorporele septumcorrectie is een septumcorrectie en geen rhinoplastiek”. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar de VAV-werkwijzer, hoofdstuk 12.

In het operatieverslag staat nadrukkelijk als ‘postoperatieve diagnose’ vermeld: ‘*neusseptumdeviatie*’. Er is dus niet geopereerd aan de uitwendige neus. Enkel het septum is uitgenomen, rechtgezet, aangehecht met spreader grafts, en vervolgens teruggeplaatst in de neus.

- 4.9. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de redenatie van het Zorginstituut incorrect. Deze redenatie volgt noch uit de door het Zorginstituut aangehaalde richtlijn (*Rol van spreader grafts bij septumcorrectie – Richtlijn – Richtlijndatabase*), noch uit de VAV-werkwijzer. Het hoofdstuk uit de Richtlijn septumcorrectie waarnaar het Zorginstituut verwijst heet ‘Rol van spreader grafts bij septumcorrectie’ en is een onderdeel van, en een hoofdstuk uit de ‘Richtlijn Septumcorrectie’. Het hoofdstuk heet niet ‘Rol van spreader grafts bij rhinoplastiek’. De ziektekostenverzekeraar heeft verder een deel uit de ‘Richtlijn Septumcorrectie’ geciteerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar volgt uit de richtlijn dat het plaatsen van spreader grafts een aanvullende verrichting is bij een septumcorrectie. Het plaatsen van spreader grafts kan zowel een onderdeel zijn van een septumcorrectie als van een rhinoplastiek. Er is geen aparte zorgactiviteit voor het plaatsen van spreader grafts en deze kan niet apart worden gedeclareerd. De behandeling moet worden geacht deel uit te maken van de DBC van de hoofdoperatie die wordt gedeclareerd. In het geval van verzoeker is een septumcorrectie uitgevoerd en gedeclareerd. Het aanvullend plaatsen van spreader grafts, en dat deze onderdeel zijn van de DBC van de hoofdoperatie, blijkt ook uit het recente standpunt van het Zorginstituut ‘*neusklepcorrectie bij een luchtwegblokkade van 15 mei 2025*’. In dit standpunt wordt opgemerkt dat de declaratie en vergoeding van de zorg verloopt via de DBC-systematiek. De ziektekostenverzekeraar heeft de DBC-systematiek hierbij toegelicht.

De ziektekostenverzekeraar heeft herhaald dat op geen enkele wijze uit het operatieverslag blijkt dat een rhinoplastiek is uitgevoerd. Het verslag vermeldt expliciet dat er enkel aan het septum is geopereerd. De conclusie van het Zorginstituut dat een rhinoplastiek zou zijn uitgevoerd is niet navolgbaar. De zorgactiviteit – zoals het Zorginstituut deze beschrijft – staat voor ‘*correctief chirurgische behandeling van deformiteiten van het benig neusskelet met laterale osteotomie, gecombineerd met ingrepen ter correctie van het septum en/of vestibulum nasi*’.

De ziektekostenverzekeraar heeft aangetekend dat in het operatieverslag niet staat dat aan het benig neusskelet is geopereerd, laat staan dat er laterale osteotomieën zouden zijn uitgevoerd. De aanvraag wijkt om die reden wel af van het operatieverslag. Het ziekenhuis heeft bij de ziektekostenverzekeraar een septumcorrectie (zorgactiviteit 032064) gedeclareerd. Dit is het rechtzetten van het neustussenschot met het op zijn plaats brengen van het kraakbeen met verwijdering van een stukje bot en een eventuele operatie aan de neusschelpen. De declaratie komt overeen met hetgeen volgens het operatieverslag is uitgevoerd. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar volledig vergoed.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 18 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Stand van de wetenschap en praktijk

Op 15 mei 2025 heeft het Zorginstituut een standpunt uitgebracht over neusklepcorrectie bij een luchtwegblokkade. Het Zorginstituut concludeert in dit standpunt dat een neusklepcorrectie kan worden beschouwd als effectieve chirurgische behandeling bij ernstige, chronische nasale luchtwegblokkade als gevolg van een interne neusklepinsufficiëntie. De behandeling voldoet daarmee aan het wettelijk criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Een neusklepcorrectie wordt daarentegen niet beschouwd als effectieve chirurgische behandeling bij ernstige, chronische nasale luchtwegblokkade als gevolg van een externe neusklepinsufficiëntie. In dat geval voldoet de behandeling niet aan het wettelijk criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’.

De operatie van verzoeker is op 11 april 2024 uitgevoerd. De ingangsdatum van het standpunt is echter 15 mei 2025. Omdat de ingangsdatum van het standpunt na de operatiedatum van verzoeker valt, is het standpunt niet relevant voor de beoordeling van dit geschil.

Onvoldoende informatie voor beoordeling

Hoewel de afwijzing van verweerder de indruk wekt dat bij verzoeker een septumrhinoplastiek is uitgevoerd, blijkt dit onvoldoende uit de voor het Zorginstituut beschikbare informatie. Op basis van deze informatie wordt niet duidelijk of [door] verzoeker op 8 april 2024 een septumcorrectie of een septumrhinoplastiek is ondergaan. Hierdoor kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Nader onderzoek

Het dossier bevat onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoeker voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor een septumrhinoplastiek of septumcorrectie. Om te kunnen beoordelen of verzoeker voldoet aan de gestelde voorwaarden dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot het volgende:

- Medische informatie van de behandelend arts over de uitgevoerde operatie op 8 april 2024.

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 29 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Stand van de wetenschap en praktijk

Op 15 mei 2025 heeft het Zorginstituut een standpunt uitgebracht over neusklepcorrectie bij een luchtwegblokkade. Hieruit volgt dat een neusklepcorrectie bij ernstige, chronische nasale luchtwegblokkade als gevolg van een interne neusklepinsufficiëntie voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Een neusklepcorrectie bij ernstige, chronische nasale luchtwegblokkade als gevolg van een externe neusklepinsufficiëntie voldoet niet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. De ingangsdatum van het standpunt is 15 mei 2025.

De neuscorrectie van verzoeker is op 8 april 2024 uitgevoerd. Omdat de ingangsdatum van het standpunt na de operatiedatum van verzoeker valt, wordt het standpunt buiten beschouwing gelaten bij de beoordeling van het geschil. Het geschil wordt dan ook beoordeeld volgens de criteria van de VAV-werkwijzer, die golden ten tijde van de operatie van verzoeker.

Uit de aanvullende informatie blijkt dat bij verzoeker het septumkraakbeen is uitgenomen, daarop spreader grafts op een PDS-plaat zijn gehecht en dat het geheel terug is geplaatst in de neus van

verzoeker. In de VAV-werkwijzer staat dat een rhinoplastiek, waarbij sprake is van het plaatsen van spreader grafts, niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldeed. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding uit de basisverzekering voor de operatie uitgevoerd op 8 april 2024.

Conclusie

Het plaatsen van spreader grafts voldeed niet aan de stand van de wetenschap en praktijk ten tijde van de uitgevoerde operatie. Om die reden komt deze ingreep niet in aanmerking voor vergoeding uit de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Het plaatsen van spreader grafts maakte geen onderdeel uit van het basispakket ten tijde van de operatie op 8 april 2024.”

- 5.3. In het definitief advies van 15 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen. U verzoekt het Zorginstituut in het definitief advies in te gaan op de volgende vragen van de commissie:

- Is volgens het Zorginstituut sprake geweest van een septumcorrectie en/of een rhinoplastiek?

Uit het operatieverslag, gedateerd op 8 april 2024, blijkt dat er twee spreader grafts aan het septum zijn gehecht. Er is het volgende opgenomen:

“2 spreader grafts worden aan het septum gehecht waarna het complex met PDS 4.0 aan benig dorsum en spina wordt gehecht.”

Het plaatsen van een spreader graft is geen onderdeel van een septumcorrectie. Uit de FMS-richtlijn valt op te maken dat het plaatsen van spreader grafts wordt beschouwd als inwendige neusklepchirurgie. Daarmee valt het plaatsen van spreader grafts onder rhinoplastiek. Uit het operatieverslag blijkt ook dat het septum tijdens de operatie uit de neus is gehaald en is gecorrigeerd. Hiermee kan er worden geconcludeerd dat er zowel een septumcorrectie als een rhinoplastiek is verricht.

- Hoe verhoudt de uitgevoerde operatie zich tot de aanvraag en wijkt de operatie hiervan af?

Namens verzoeker is er een aanvraag ingediend voor vergoeding van de zorgactiviteit met code 032061. Dit betreft een ‘correctief chirurgische behandeling van deformiteiten aan het benig neusskelet met laterale osteotomie, gecombineerd met ingrepen ter correctie van het septum en/of het vestibulum nasi’. Er wordt in de aanvraag meermaals verwezen naar de bijgevoegde poliklinische brief. In deze brief, gedateerd op 8 april 2024, wordt een ‘open septumrhinoplastiek’ als beleid gesteld, waarbij specifiek wordt vermeld dat dit valt onder een functionele rhinoplastiek. Hieruit maakt het Zorginstituut op dat de aanvraag bedoeld is voor zowel een septumcorrectie als voor een rhinoplastiek. De aanvraag komt dan ook overeen met de operatie die is uitgevoerd.

- Verzoeker stelt een factuur/offerte van € 1.500,- van de KNO-arts te hebben ontvangen en betaald, terwijl deze laatste ook bij de ziektekostenverzekeraar een septumcorrectie heeft gedeclareerd en rechtstreeks vergoed heeft gekregen. Geeft dit aanleiding tot wijziging van het voorlopig advies?

Het beoordelen van de rechtmatigheid van verrichte betalingen valt buiten de adviestaak van het Zorginstituut. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het

Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. De vraag door wie de facturen zijn betaald of hadden moeten worden betaald, is niet relevant op de beoordeling van de aanspraak op grond van de Zvw en vormt geen aanleiding tot het wijzigen van een voorlopig advies.”

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 de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ 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. Het is de commissie duidelijk dat verzoeker ervoor heeft gekozen de in het geding zijnde operatie te ondergaan, omdat hij (neus)ademhalingsklachten ondervond. Het is echter de taak van de commissie te beoordelen of de ziektekostenverzekeraar op basis van de geldende wet- en regelgeving is gehouden de kosten van deze ingreep te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hiertoe overweegt de commissie het volgende.

Standpunt 15 mei 2025 van het Zorginstituut

- 7.3. De commissie is bekend met het standpunt dat het Zorginstituut heeft uitgebracht op 15 mei 2025 over neusklepcorrectie bij een neuswegblokkade. Hieruit volgt dat een neusklepcorrectie bij een ernstige, chronische nasale luchtwegblokkade als gevolg van een interne neusklepinsufficiëntie voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Een neusklepcorrectie bij ernstige, chronische nasale luchtwegblokkade als gevolg van een externe neusklepinsufficiëntie voldoet daarentegen niet aan genoemd criterium.
Omdat de operatie heeft plaatsgevonden op 8 april 2024, dus vóór 15 mei 2025, laat de commissie het recente standpunt van het Zorginstituut buiten beschouwing en zal zij een beoordeling uitvoeren aan de hand van de voorwaarden die ten tijde van de ingreep golden.

‘Stand wetenschap en praktijk’

- 7.4. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Dit is bepaald in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. In artikel 2 van de zorgverzekering is dit ook opgenomen. Als een vorm van zorg niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ kan deze niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering.
- 7.5. In het geval van verzoeker is een septorhinoplastiek aangevraagd. Bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgisch aard wordt de VAV-werkwijzer gebruikt. De commissie sluit zich hierbij aan. In de VAV-werkwijzer is beschreven dat het oprichten van de neustip, rotatie van de neustip, correctie van een tension nose, humpreductie, correctie van aanzuigende neusvleugels, het plaatsen van spreaders en het plaatsen van battens niet voldoen aan het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Volgens het nader voorlopig advies van het Zorginstituut van 29 juli 2025 blijkt uit de aanvullende informatie naar aanleiding van het nader onderzoek dat bij verzoeker het septumkraakbeen is uitgenomen, daarop spreader grafts op een PDS-plaat zijn gehecht en dat het geheel terug is geplaatst in de neus van verzoeker. Het plaatsen van spreader grafts voldeed ten tijde van de operatie op 8 april 2024 niet aan de ‘stand van de wetenschap en

praktijk'. Verzoeker heeft om die reden geen aanspraak op vergoeding van de bij hem uitgevoerde ingreep ten laste van de zorgverzekering. Of de uitgevoerde operatie kwalificeert als een septumcorrectie met spreader grafts – zoals door de ziektekostenverzekeraar is betoogd – dan wel een (septo)rhinoplastiek – zoals oorspronkelijk vermeld in de aanvraag en waarvan het Zorginstituut uitgaat – kan hierbij in het midden blijven.

- 7.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij aan de zorgaanbieder de kosten van een (machtigingsvrije) septumcorrectie heeft vergoed. In die beslissing zal de commissie niet treden.
- 7.7. Wat betreft de factuur van € 1.500,-- overweegt de commissie dat deze afkomstig is van de zorgaanbieder, en betrekking heeft op 'onverzekerde zorg'. Zorgaanbieder en verzoeker zijn deze separate vergoeding onderling overeengekomen, kennelijk in de wetenschap dat onder de verzekeringsovereenkomst van verzoeker hiervoor geen dekking bestaat. Daarbij is de aard van de berekende kosten voor de commissie niet duidelijk, aangezien medisch specialistische zorg behoort te worden gedeclareerd door middel van een DBC. Voor zover verzoeker het bestaan van een betalingsverplichting jegens de zorgaanbieder in het geding wenst te brengen, geldt dat, gelet op het bepaalde in het Reglement voor het behandelen van klachten door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, de commissie niet bevoegd is te oordelen over geschillen tussen zorgaanbieders en patiënten.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld. Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a. verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b. verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk '[B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#)' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door op onze website het online aanvraagformulier volledig in te vullen. Of door het aanvraagformulier (pdf) uit te printen en volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Jaarlijks wordt u (verzekeringnemer) door ons geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekering en de nieuwe premie (voor u en uw medeverzekerden). U ontvangt hiervoor een (gezins)polisblad. Daarnaast stellen wij jaarlijks de polisbladen beschikbaar via [MijnFBTO](#). Klanten met voorkeur voor postale communicatie ontvangen een nieuw polisblad wanneer er wijzigingen in de polis worden doorgegeven. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

Logopedie in het kader van gzsp

Indien je 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

Je hebt recht op beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als je 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 heb je recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je 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

Je hebt 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 heb je 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 tandprotheticici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Je hebt 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. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Je hebt 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

Je hebt 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 verblijf je in het expertziekenhuis.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

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

Verder heb je 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 heb je recht op deze zorg tot je 43e jaar, indien daarvoor een indicatie bestaat. Je hebt 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. Je hebt 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 je 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Je hebt 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 je 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteit bevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteit bevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) 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. Je hebt geen recht op behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Je hebt 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 verslaptte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je 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 gehemeltepleten;
 - 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 heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je 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 je 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 kun je vinden op 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 gender-team 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 heb je geen toestemming nodig. Deze worden in ieder geval vergoed indien sprake is van verminking. Als je daarna nog meer epilatiebehandelingen nodig hebt, dan moet je daarvoor eerst toestemming vragen. Wij toetsen dan of je nog steeds aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Second Opinion

Je hebt 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. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt 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 kun je vinden op <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 je precies recht hebt hangt ervan af of je 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. Je 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.