

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202500463

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 11 maart 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ, nader toegelicht in zijn brief van eveneens 11 maart 2025. Nadat de Ombudsman Zorgverzekeringen had geoordeeld niet te kunnen bemiddelen, heeft verzoeker op 6 juni 2025 telefonisch verklaard de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te vragen een uitspraak te doen. Op 10 juni 2025 heeft hiertoe een telefonisch intakegesprek plaatsgevonden, dat op dezelfde dag schriftelijk aan verzoeker is bevestigd. Bij brief van 30 juni 2025 heeft verzoeker aanvullende stukken gestuurd. Op 3 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 22 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025019585) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 oktober 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 januari 2026 een reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut aan de commissie gestuurd. Een kopie daarvan is aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij bericht van 18 januari 2026 aanvullende informatie overgelegd. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Na de hoorzitting is verzoeker gevraagd aanvullende informatie over te leggen, hetgeen hij bij bericht van 15 februari 2026 heeft gedaan. Een afschrift hiervan is op 25 februari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 25 februari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 oktober 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 12 maart 2026 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 2 april 2026 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Startfit, ONVZ Wereldfit, ONVZ Werkfit en ONVZ Tandfit Module A (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft in verband met slaapapneu in 2015 een kaakoperatie ondergaan. Met het oog op na deze ingreep ontstane klachten, onder andere het niet goed kunnen sluiten van de lippen in rust (lipincompetentie) en daardoor klachten door mondademhaling, slaap- en articulatieproblemen, heeft in 2018 bij dezelfde MKA-chirurg in België een tweede ingreep plaatsgevonden. Vanwege aanhoudende klachten heeft verzoeker in 2023 een aangezichts chirurg in Antwerpen, België, bezocht. Deze stelde een behandeling in vier fasen voor, bestaande uit (1) het verwijderen van de kin-implantaten die in 2018 zijn geplaatst; (2) een retrusie van beide kaken, (3) het plaatsen van een nieuw kin-implantaat en jukbeen-implantaten, gevolgd door (4) een kin-plastiek met gebruik van autoloog bot.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 25 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de behandeling in België niet worden vergoed.
- 2.4. Bij e-mailbericht van 20 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een aangevraagde orthodontische behandeling niet wordt vergoed.
- 2.5. Op 15 februari 2024 heeft een spreekuurbezoek plaatsgevonden bij de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar.
- 2.6. Bij e-mailbericht van 25 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat nog aanvullende informatie nodig is voor de beoordeling van de inmiddels uitgevoerde bimaxillaire operatie (2) en dat de aangevraagde kin-plastiek met gebruik van autoloog bot (4) niet wordt vergoed.
- 2.7. Op 28 oktober 2024 heeft een volgend spreekuurbezoek plaatsgevonden bij de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar.
- 2.8. Bij e-mailbericht van 5 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de osteotomieën (2) die op 29 februari 2024 hebben plaatsgevonden worden vergoed. De aanvraag voor het plaatsen van een kin-implantaat en voor jukbeen-implantaten (3), gevolgd door een kin-plastiek met gebruik van autoloog bot (4) is afgewezen.
- 2.9. Bij brief van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.10. Bij brief van 10 maart 2026 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 is gehouden vergoeding te verlenen voor de gehele, door de aangezichtschirurg in Antwerpen voorgestelde behandeling, bestaande uit verwijdering van de PEEK-implantaten, een bimaxillaire osteotomie, wrap around met kinimplantaat ter ondersteuning van de onderlip, plaatsen jukbeenimplantaten ter ondersteuning van het middengezicht, en bottransplantatie ter correctie van de diepe mentolabiale plooi voor extra ondersteuning van de onderlip.
- 3.2. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan SKGZ van 11 maart 2025 aangevoerd dat zijn bovenlip als gevolg van de eerste kaakoperatie in 2015 ver naar boven werd geduwd, waardoor deze veel te hoog stond. Daarnaast is zijn onderlip door deze operatie erg laag komen te staan, waardoor verzoeker in ruststand zijn lippen niet langer kan sluiten. Er is duidelijk sprake van lipincompetentie met alle nare gevolgen van dien. Dit euvel komt vaker voor na een 'sliding genioplasty', die bij hem in 2015 eveneens is uitgevoerd. Deze ingreep was noodzakelijk om de slaapapneu te verhelpen. Doordat de lippen elkaar in ruststand niet langer raken, is sprake van een continue opening van de mond. Dit bevordert het ademen door de mond, wat weer leidt tot xerostomie (droge mond), hetgeen slecht is voor de mondhygiëne en eerder leidt tot gaatjes in de gebitselementen. Daarnaast wordt verzoeker tijdens zijn slaap vaak wakker door een kurkdroge mond en keel. Hij moet dan een grote hoeveelheid water drinken, met als gevolg dat hij later in de nacht weer wakker wordt om naar het toilet te gaan. Zijn nachtrust wordt als gevolg hiervan flink verstoord, en verzoeker wordt iedere ochtend doodmoe wakker. Dit heeft weer gevolgen voor het functioneren tijdens zijn werk en in zijn privésituatie. Verder heeft de lipincompetentie een negatieve invloed op de spraak. Dit is sowieso onwenselijk, maar verzoeker heeft ook de ambitie om voice-over te worden voor radio en televisie; een ambitie die hij nu al lange tijd niet kan nastreven. Dit zorgt voor frustratie en mentale problemen.
- 3.3. In 2018 is verzoeker voor een tweede maal door dezelfde kaakchirurg geopereerd, omdat na de eerste operatie de bovenkaak naar craniaal en naar boven was gaan settelen. De bovenkaak is daarom opnieuw losgemaakt om deze te laten zakken. De ontstane ruimte is opgevuld met een stuk bot uit de heup, dat met schroeven en platen is vastgezet. Ook zijn tijdens deze operatie implantaten in de kin aangebracht, in de hoop dat dit een positieve bijdrage zou leveren aan een betere sluiting van de mond. De implantaten bleken echter achteraf te klein, waardoor niet het gewenste effect is bereikt.
- 3.4. Verzoeker heeft zich hierna gewend tot de kaakchirurg in Antwerpen, die een behandeling in vier fasen heeft voorgesteld. De verwijdering van de kin-implantaten (1) en de osteotomie van de beide kaken (2) zijn intussen uitgevoerd. Beide kaken staan nu in de juiste positie, waardoor de eerder door hem ervaren irritatie door de botrand en het drukkend gevoel in de bovenkaak zo goed als verdwenen zijn. De bovenlip valt nu meer op zijn plaats, wat bijdraagt aan het verkrijgen van een goede lipsluiting. Behandeling van fase (1) was noodzakelijk om fase (2) te kunnen uitvoeren. De oude implantaten moesten immers worden verwijderd om beide kaken te kunnen verplaatsen. Om een goede lipsluiting te krijgen, moeten fase (3) en (4) ook worden uitgevoerd. Hierdoor zal de onderlip meer ondersteuning krijgen en hoger komen te liggen. Het doel van het plaatsen van het nieuwe kin-implantaat (3) is de onderlip naar boven en achteren te laten krullen. Fase (4), een kinplastiek met autoloog bot vormt hierop een aanvulling, en dit zal extra ondersteuning bieden voor de onderlip, waardoor een goede lipsluiting wordt gerealiseerd.
- 3.5. Verzoeker heeft tweemaal het spreekuur van de tandheekkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar bezocht. Daarna heeft de ziektekostenverzekeraar besloten enkel een vergoeding te verlenen voor de osteotomie van de beide kaakdelen (2). Verzoeker kan zich hierin niet vinden. Overigens heeft hij de nota's die hiermee verband houden nog niet bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Hij gaat ervan uit dat alle voorbereidende

handelingen zoals röntgenfoto's, CBCT, gipsmodellen en dergelijke voor vergoeding in aanmerking komen. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou geen sprake zijn van (ernstige) functionele klachten, maar dit is juist wel het geval. Ook wordt gesteld dat uit de aanvraag niet blijkt dat sprake is van onder andere spraakstoornissen en lipincompetentie. Dit alles is echter juist wel aan de hand en is door zowel de vorige als de huidige kaakchirurg bij verzoeker geconstateerd. Een en ander is ook beschreven in het operatieverslag van de vorige kaakchirurg en in het behandelplan van de huidige kaakchirurg, die ook nog twee aanvullende brieven aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. Verzoeker kan zijn lippen weliswaar sluiten, maar moet dit geforceerd doen, hetgeen niet de hele dag is vol te houden, en 's nachts tijdens het slapen al helemaal niet.

- 3.6. In zijn brief aan de commissie van 18 januari 2026 heeft verzoeker uitvoerig uiteengezet waarom hij van mening is dat bij hem sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering, waardoor hij is aangewezen op fasen 3 en 4 van de behandeling. Hij heeft zijn stellingen onderbouwd met verklaringen van de behandelend arts en foto's. Hij heeft uiteengezet dat hij ook na de inmiddels uitgevoerde fasen (1) en (2) van de behandeling nog steeds kampt met het ontbreken van passieve lipsluiting, hetgeen onder meer leidt tot continue mondademhaling, een verstoorde nachtrust, ernstige vermoeidheid overdag, voortdurende compensatie van de onderlip en moeite met spreken. Fasen (3) en (4) zijn, zoals zijn behandelend medisch specialist benadrukt, de enige aangewezen manier om de klachten van verzoeker duurzaam te verminderen. Ook heeft verzoeker opgemerkt dat bij hem sprake is van een verstoring van de functionele balans tussen botstructuren en weke delen, ontstaan na de eerdere orthognathische ingrepen in 2015 en 2018. Het Zorginstituut baseert volgens verzoeker ten onrechte de beoordeling op skeletale parameters en beeldvorming. Deze zijn niet geschikt om de bij verzoeker bestaande functionele problematiek van de weke delen te beoordelen.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij in 2015 voor het eerst is geopereerd in verband met slaapapneu. Toen viel de beoordeling inderdaad terecht onder OSAS. Nu gaat het erom dat er naar aanleiding van eerdere ingrepen problemen zijn ontstaan. Fasen 1 en 2 zijn inhoudelijk en feitelijk goedgekeurd. Daarbij is erkend dat sprake is van een functiestoornis met een anatomische oorzaak. Het gaat hier om één samenhangend en constructief behandelplan waarbij de behandelend arts zijn klachten wil verhelpen na problemen veroorzaakt door eerdere operaties. Er zijn na fasen 1 en 2 verbeteringen opgetreden, maar er is geen sprake van volledig functioneel herstel. Hij heeft nog steeds last van lipincompetentie. Het gaat erom dat de lippen niet in rust passief kunnen worden gesloten. Verzoeker krijgt hierdoor een open mond met mondademhaling en slaapklachten tot gevolg. Hij heeft ook spraakproblemen. De behandelend arts zegt ook dat fasen 1 en 2 niet voldoende zijn om het helemaal goed te krijgen. Zonder fasen 3 en 4 gaat het niet beter worden. Fasen 1 en 2 zijn vergoed onder artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering. Maar fasen 3 en 4 horen daarbij. Het gaat niet om een cosmetische ingreep.
- 3.8. Bij brief van 2 april 2026 heeft verzoeker opgemerkt dat het Zorginstituut concludeert dat voor fasen 3 en 4 geen aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Aan deze conclusie ligt echter een onjuiste toepassing van het beoordelingskader van artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering ten grondslag. De kern van het geschil is de vraag of na fasen 1 en 2 van het samenhangend reconstructief behandeltraject nog steeds sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals bedoeld in artikel 2.4 van genoemd besluit. Het Zorginstituut stelt dat dit niet meer het geval is, maar dit standpunt berust op een onjuiste beoordeling van het begrip 'aantoonbare lichamelijke functiestoornis'. In de situatie van verzoeker is passieve lipsluiting in rust niet mogelijk. Hij kan zijn lippen alleen sluiten door zijn onderlip actief omhoog te bewegen richting de bovenlip en daarbij de spieren rondom de mond voortdurend aan te spannen. Wanneer de spieren ontspannen zijn, dus in rust, raken de lippen elkaar niet. Dit geldt zowel 's nachts tijdens het slapen als overdag tijdens de dagelijkse bezigheden. In de geneeskunde wordt passieve lipsluiting in rust beschouwd als een normale functie. In de situatie van verzoeker sluiten de lippen in rust niet vanzelf. Daarmee ontbreekt een normale functie. Als een functie slechts door

actieve spierinspanning kan worden uitgevoerd en niet in rust aanwezig is, is er geen sprake van een normale functie, maar van een compensatiemechanisme. De vraag in dit geschil is daarom niet of de situatie is verbeterd, maar of de normale functie is hersteld. Dat is niet het geval, omdat passieve lipsluiting in rust niet mogelijk is. Daarmee is er nog steeds sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het ontbreken van passieve lipsluiting in rust leidt tot aanhoudende functionele klachten, waaronder mondademhaling, een verstoorde nachtrust, ernstige vermoeidheid overdag en articulatieproblemen. Deze klachten beperken verzoeker in het dagelijks functioneren. Daarnaast moet het op basis van medisch inzicht aannemelijk zijn dat de behandeling leidt tot herstel of verbetering van de functie. Daarbij is niet vereist dat volledig herstel met zekerheid wordt bereikt. Beslissend is dus of er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en of de behandeling is gericht op herstel of verbetering van de functie. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake wanneer een normale functie ontbreekt of verstoord is. Het Zorginstituut geeft in zijn advies aan dat het doel van de aanspraak niet is dat volledig functioneel herstel wordt bereikt, maar dat de klachten niet langer zodanig ernstig zijn dat er sprake is van een functiestoornis. Er wordt dus beoordeeld of de klachten niet langer ernstig genoeg zijn. Daarmee wordt de vraagstelling feitelijk omgedraaid en wordt niet de juiste vraag beantwoord. Voor de toepassing van artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering is, als gezegd, echter niet beslissend of klachten zijn verbeterd of afgenomen, maar of er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en of de behandeling is gericht op herstel van de normale functie. Als wordt beoordeeld of klachten niet langer ernstig genoeg zijn, wordt een andere toets gehanteerd dan voornoemd artikel 2.4 voorschrijft. De vraag is daarom niet of de klachten zijn verbeterd of afgenomen, maar of de functiestoornis is verdwenen en de normale functie is hersteld. Verbetering van klachten betekent niet dat de functiestoornis is verdwenen. Zolang een normale functie ontbreekt, is er sprake van een functiestoornis. In de situatie van verzoeker ontbreekt een normale functie, omdat passieve lipsluiting in rust niet mogelijk is. Daarom is er nog steeds sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. De functiestoornis is objectief medisch vastgesteld. Deze functiestoornis is door beide chirurgen onafhankelijk van elkaar en op objectieve wijze vastgesteld en wordt in medische termen aangeduid als lipincompetentie. Zoals eerder opgemerkt houdt dit in dat passieve lipsluiting in rust niet mogelijk is. Bij klinisch onderzoek is onder meer een interlabiale opening van 8 mm in rust gemeten, terwijl ongeveer 2 mm als normaal wordt beschouwd. Daarnaast is een vergrote ‘lower incisal show’ vastgesteld en is geconstateerd dat er sprake is van onvoldoende structurele ondersteuning van de onderlip. Volgens één van de chirurgen passen deze bevindingen binnen een post-orthognathisch klachtenpatroon. Deze objectieve bevindingen tonen aan dat er geen sprake is van een normale passieve lipsluiting in rust, maar van lipincompetentie en daarmee van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het ontbreken van passieve lipsluiting in rust is vastgelegd in het medisch dossier en wordt ondersteund door klinisch beeldmateriaal. Op dit beeldmateriaal is duidelijk zichtbaar dat de lippen in rust niet passief sluiten. Daarmee is objectief vastgesteld dat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Fasen 3 en 4 zijn gericht op herstel van functie. De aanhoudende functiestoornis is het gevolg van een verstoorde balans tussen botstructuren en weke delen na eerdere kaakchirurgische ingrepen. Met name is er sprake van onvoldoende structurele ondersteuning van de onderlip. Daardoor is passieve lipsluiting in rust niet mogelijk. Medisch gezien kunnen fasen 1 tot en met 4 niet los van elkaar worden beoordeeld, omdat fasen 3 en 4 noodzakelijk zijn om de functiestoornis te verhelpen en duurzaam functioneel herstel te bereiken. Daarmee moeten fasen 3 en 4 worden beschouwd als een voortzetting van het eerder gestarte samenhangende reconstructieve behandeltraject dat gericht is op herstel van de functie. Het advies van het Zorginstituut is onvoldoende gemotiveerd. Het Zorginstituut baseert zijn advies in hoofdzaak op skeletale parameters en beeldvorming, zoals röntgenonderzoek en cephalometrische waarden. Deze onderzoeken zijn geschikt om skeletale verhoudingen te beoordelen, maar niet om de functie van de weke delen, zoals de lipsluiting en de spierfunctie van de onderlip, te beoordelen. Juist deze weke-delenproblematiek vormt bij verzoeker de kern van de functiestoornis. In het advies wordt

niet inhoudelijk ingegaan op het ontbreken van passieve lipsluiting in rust en de gevolgen daarvan voor het functioneren. De beoordeling gaat daarmee niet in op de kern van de functionele problematiek en is in zoverre onvolledig gemotiveerd. Daarnaast wordt in het advies gesteld dat sprake is van verbetering na fasen 1 en 2 en dat er daarom geen sprake meer zou zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Daarmee wordt verbetering ten onrechte gelijkgesteld aan het ontbreken van een functiestoornis.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker alleen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de osteotomie van de boven- en onderkaak (2). Hij heeft hiertoe in zijn brief van 5 november 2025 aangevoerd dat verzoeker is gezien tijdens het spreekuur van zijn tandheelkundig adviseur. Deze is op basis daarvan tot de conclusie gekomen dat de behandelingen (osteotomieën) van 29 februari 2024 éénmalig op basis van coulance achteraf kunnen worden vergoed. Het betrof de behandeling van functionele klachten als gevolg van een massieve ventraal-waartse verplaatsing van het onder- en bovenkaakcomplex. Deze vergoeding wordt verleend vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is geen aanvullende dekking vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Om te kunnen beoordelen welke kosten precies voor vergoeding in aanmerking komen, is aan verzoeker verzocht de nota's ter zake in te dienen op één van de gebruikelijke wijzen, samen met het behandelverslag.
- 4.2. De aanvraag voor de andere ingrepen, te weten het plaatsen van een kin-implantaat en het plaatsen van jukbeen-implantaten (3), gevolgd door een kinplastiek met gebruik autoloog bot (4) om de onderlip verder naar craniaal te verplaatsen, is niet akkoord voor vergoeding uit de zorgverzekering. Uit de aanvraag en het (herhaald) spreekuurbezoek blijkt niet (o.a. OPT/LSP en encephalometrische waarden) dat nu sprake is van een ernstige skeletale dysgnatie leidend tot (ernstige) functionele klachten. Verzoeker is naar inhoud en omvang redelijkerwijs niet aanwezig op de aangevraagde zorg (artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering). De afwijking voldoet voorts niet aan de criteria voor voorwaardelijke vergoeding vanuit de zorgverzekering, zoals in overleg met de kaakchirurg (2018) is vastgelegd. Met name is niet voldaan aan de voorwaarden zoals die zijn vastgelegd onder B1. Uit de aanvraag blijkt niet dat sprake is van een instabiliteit van de occlusie, een open beet, spraakstoornissen of lipincompetentie. Er worden geen kauwproblemen benoemd en er is geen traumatische schade aan weefsel (traumatische palatumbeet) of van een beperking van de posterieure luchtweg. In zijn brief aan de commissie van 22 augustus 2025 voegt de ziektekostenverzekeraar hieraan toe dat ook na het spreekuurbezoek niet is gebleken dat er sprake is van lipincompetentie. De conclusie is dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op fasen (3) en (4) van de behandeling.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 22 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het verwijderen van de kin-implantaten (1) noodzakelijk was om de osteotomieën (2) succesvol te kunnen uitvoeren. Omdat deze handeling onlosmakelijk is verbonden met de verzekerde behandeling, zal de ziektekostenverzekeraar ook de kosten voor het verwijderen van de kin-implantaten vergoeden. Een osteotomie kan een verzekerde prestatie zijn in het kader van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard aan verzekerden ouder dan achttien jaar, zoals verzoeker ten tijde van de aanvraag. In dit geval is vastgesteld dat sprake is van functionele klachten als gevolg van een massieve ventraal-waartse verplaatsing van het onder- en bovenkaakcomplex. De ziektekostenverzekeraar is daarom tot de conclusie gekomen dat aan de voorwaarden is voldaan. Dit onderdeel van de behandeling komt daarom voor vergoeding in aanmerking. Om te kunnen beoordelen welke kosten als onderdeel van (1) en (2) precies voor vergoeding in aanmerking komen, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 5 november 2024 verzocht de nota's van de behandeling, samen met het behandelverslag, in te dienen via één van de gebruikelijke kanalen (App, Mijn omgeving of per post). Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar tot op heden geen reactie gekregen.

- 4.4. In zijn reactie van 7 januari 2026 op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 21 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend naar voren gebracht dat fasen 1 en 2 zijn beoordeeld binnen het kader van de bijzondere tandheelkunde. Vastgesteld is dat deze vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub c, van het Besluit zorgverzekering en daarmee kwalificeren als laatste redmiddel voor de behandeling van OSAS. Fasen 3 en 4 zijn beoordeeld aan de hand van artikel 2.7, eerste lid, van genoemd besluit, waarbij is vastgesteld dat geen sprake is van een situatie als bedoeld in onderdelen a, b of c van deze bepaling. Daarmee vallen fasen 3 en 4 buiten de reikwijdte van de bijzondere tandheelkunde. De ziektekostenverzekeraar sluit zich aan bij het oordeel van het Zorginstituut dat de aangevraagde behandelingen dienen te worden aangemerkt als plastisch-chirurgische zorg in de zin van artikel 2.4, eerste lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering. Van een aantoonbare verminking of lichamelijke functiestoornis is geen sprake. Van het feit dat destijds de behandeling niet is getoetst aan de criteria voor plastisch-chirurgische zorg heeft verzoeker geen nadeel ondervonden. Dit zou immers niet tot een andere uitkomst hebben geleid. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar voor de volledigheid in het kader van de toets aan artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 op dat hij zich primair op het standpunt stelt dat de gevraagde zorg niet onder de dekking van de zorgverzekering valt, maar voorts dat de zorg ook binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar was. Het verlenen van toestemming op grond van artikel 20 van de verordening was hoe dan ook niet aan de orde.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat het nog gaat om fasen 3 en 4. Er zijn twee verschillende kaders om dit te bekijken, namelijk bijzondere tandheelkunde en plastische chirurgie. Voor fasen 3 en 4 geldt het kader van plastische chirurgie, zo volgt uit het advies van het Zorginstituut. Dit was eerder door de ziektekostenverzekeraar niet als zodanig beoordeeld, maar dit is naderhand wel gebeurd. Er is gekeken of sprake is van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit is bij verzoeker niet aan de orde, ook niet naar aanleiding van de aanvullende stukken die zijn ingediend. In 2018 is een overleg geweest met vertegenwoordigers van kaakchirurgen om duidelijkheid te geven over wanneer aanspraak bestaat op een osteotomie vanuit de zorgverzekering. Dit is ingedeeld in onderdelen A en B, en met name in onderdeel B is een niet-limitatieve opsomming van aandoeningen gegeven die door adviserend tandartsen en kaakchirurgen wordt gebruikt voor het doen en beoordelen van aanvragen. De kaakchirurgen via de KNMT hebben daarover toen overleg gehad met de zorgverzekeraars. Het gaat om een stuk dat veelvuldig wordt gebruikt om wat handvatten te hebben bij het doen en beoordelen van aanvragen voor een osteotomie. De eerste fase en de twee osteotomieën zijn vergoed in het kader van de behandeling van OSAS. Fasen 3 en 4 gaan om de kinplastiek, en daarvoor is ook dit document gebruikt. Er zijn meerdere stukken en jurisprudentie daarover waarop de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar zich baseert bij het geven van een advies. Na de tweede operatie, dus fase 2, is verzoeker voor de tweede keer op het spreekuur van de medisch adviseur geweest. Dit was naar aanleiding van een brief van de kaakchirurg, waarin hij schrijft over een zeer succesvolle operatie op dat moment met een aanzienlijke fysieke en psychologische verbetering. Het effect op de lipsluiting is verbeterd samen met de spraak. Er was ook een betere ademhaling en comfort met positieve gevolgen voor het sociale leven. Verzoeker heeft een en ander tijdens het gesprek beaamd. Toen kwam de vraag of op het uitvoeren van fasen 3 en 4 nog aanspraak bestaat vanuit de zorgverzekering. Daarvan heeft de medisch adviseur geoordeeld dat dit niet het geval is. Hij heeft tijdens het spreekuur ook gekeken wat op dat moment de functionele klachten waren. Er was destijds geen sprake van een probleem met de lipsluiting; verzoeker kon zijn lippen ongedwongen op elkaar krijgen. Zijn situatie zou nog wel verder kunnen verbeteren, maar er was geen sprake meer van een ernstige problematiek op dat moment.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

Verminking

Vergoeding van plastische chirurgie is ook mogelijk bij verminking. Hier is sprake van bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel. In het beschikbare dossier zijn er geen aanwijzingen dat er bij verzoeker mogelijk sprake is van een verminking. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van de behandeling op grond van een verminking.

Aantoonbare lichamelijke functiestoornis

De behandelend MKA-chirurg geeft in zijn brief van 16 september 2024 aan dat met het uitvoeren van de behandelingen in fase één en twee de bovenlip meer op zijn plaats valt, wat een positief effect heeft op de lipsluiting en articulatie. De lipincompetentie is verbeterd. Daarnaast is er een duidelijke afname van de articulatieproblemen en verbetering van de spraak, met name de plosieve klanken. Ook is de ademhaling door de neus van verzoeker verbeterd en is de continue irritatie en het ongemak onder de neus in de bovenkaak verdwenen. Dit heeft geleid tot een verbetering van zijn functioneren op het werk en in zijn sociale leven. Op basis van de medische informatie kan dan ook niet worden geconcludeerd dat de klachten bij verzoeker na de uitgevoerde ingrepen nog dusdanig ernstig zijn dat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van de behandeling op grond van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Conclusie

Op basis van het beschikbare dossier kan niet geconcludeerd worden dat er bij verzoeker sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzoeker komt daarom niet in aanmerking voor vergoeding een kin-implantaat en kin-plastiek ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor vergoeding van aangezichtschirurgie bij lipincompetentie na orthognatische operaties.”

- 5.2. In het definitief advies van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft de aanvullende stukken ontvangen. Hieruit 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 vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoeker dat het gaat om klachten in de weke delen en botstructuur, waardoor sprake is van lipinsufficiëntie en verstoring van de functionele balans. Het doel van de aanspraak is niet dat volledig functioneel herstel wordt bereikt, maar dat de klachten niet langer zodanig ernstig zijn dat sprake is van een aantoonbare functiestoornis. Op basis van de beschikbare informatie kan niet worden geconcludeerd dat daarvan na de uitgevoerde ingrepen nog sprake is.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 80 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 kaakchirurgie, plastische chirurgie, en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en het artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker is naar België gegaan om daar zorg af te nemen. Het gaat hier om een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. Uit Richtlijn 2011/24/EU (de Patiëntenrichtlijn) volgt dat in het geval dat geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de verordening (overweging 31). Om die reden toetst de commissie hieraan ambtshalve als eerste.
In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn zorgverzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 7.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag gedeeltelijk afgewezen, omdat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor alle aangevraagde zorg.
De commissie merkt op dat het niet de bedoeling van de verordening is het verzekerde pakket uit te breiden. Om die reden is van belang of aanspraak bestaat op de zorg ten laste van de zorgverzekering en zal aan de voorwaarden van die verzekering worden getoetst.

Zorgverzekering

- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding toegezegd van de kosten die verband houden met de uitgevoerde osteotomie van de onder- en bovenkaak (2). Naar de commissie begrijpt, is geoordeeld dat verzoeker hierop redelijkerwijs was aangewezen als laatste redmiddel voor de behandeling van OSAS, en is vastgesteld dat de behandeling valt onder artikel 2.7, eerste lid, sub c, Bzv. Aangezien het, voor het uitvoeren van deze ingreep, noodzakelijk was de kin-implantaten te verwijderen (1) heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard de hiermee gemoeide kosten eveneens te vergoeden.
De commissie stelt in dit verband vast dat verzoeker, ondanks herhaalde verzoeken van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, tot op heden heeft nagelaten de nota's ter zake en het behandelverslag over te leggen. Dát in beginsel aanspraak bestaat op vergoeding van de aangevraagde behandelingen (1) en (2) staat tussen partijen inmiddels vast, maar tot welke

vergoeding deze aanspraak voor verzoeker leidt, kan bij ontbreken van genoemde stukken nu (nog) niet worden bepaald, noch door de ziektekostenverzekeraar noch door de commissie.

- 7.5. Waar het gaat om het plaatsen van een kin-implantaat en jukbeen-implantaten (3), gevolgd door een kin-plastiek met gebruik van autoloog bot (4), geldt dat het behandelingen van plastisch-chirurgische aard betreft. De commissie merkt op dat zij goed heeft begrepen waarom verzoeker de gevraagde behandelingen, die volgens de behandelend MKA-chirurg nodig zijn om verzoeker van zijn voortdurende klachten af te helpen, wil ondergaan. De vraag of een behandeling medisch noodzakelijk en geïndiceerd is, is echter een andere dan die of de behandeling ook voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de zorgverzekering. De commissie dient deze laatste vraag te beantwoorden aan de hand van de geldende voorwaarden en regelgeving. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat. Hiervoor gelden voorwaarden. Deze staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. De voorwaarden op bladzijde 65 en verder van de zorgverzekering zijn hierop gebaseerd. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoeker niet van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen.
- 7.6. Volgens het voorlopig advies van het Zorginstituut van 21 oktober 2025 bestaan geen aanwijzingen dat er bij verzoeker sprake is van verminking. Gelet op de verklaring van de behandelend arts kan voorts niet worden geconcludeerd dat de klachten bij verzoeker na de uitgevoerde ingrepen nog dusdanig ernstig zijn dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoeker heeft daarom volgens het Zorginstituut geen aanspraak op dit deel van de aangevraagde zorg. Dit advies heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies van 10 maart 2026 bevestigd. De commissie ziet in de argumenten van verzoeker geen aanleiding tot een andere conclusie te komen dan het Zorginstituut. De bij verzoeker – ook na de uitgevoerde osteotomieën – nog aanwezige lipincompetentie en spraakstoornissen zijn, hoe lastig deze ook voor verzoeker zijn, niet op te vatten als een aantoonbare functiestoornis als bedoeld in de toepasselijke regelgeving, zo heeft het Zorginstituut duidelijk gemaakt. Dit leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het plaatsen van een kin-implantaat en jukbeen-implantaten (3), gevolgd door een kinplastiek met gebruik autoloog bot (4).

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aangevraagde zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 mei 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

● Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	<ul style="list-style-type: none">• Bij lichamelijke functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen• Correctie flaporen tot 18 jaar
Topfit	<ul style="list-style-type: none">• Bij lichamelijke functiestoornis• Correctie flaporen tot 18 jaar
Superfit	<ul style="list-style-type: none">• Bij lichamelijke functiestoornis• Correctie flaporen tot 18 jaar

● Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Maar plastische chirurgie is veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis¹ heeft
2. verminkingen² door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. het veranderen van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

Wij vergoeden plastische chirurgie bij genderincongruentie alleen als onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd:

- volgens de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de Standard of Care (SOC) van de WPATH (voorheen HBGDA), en
- door een multidisciplinair genderteam met een duidelijke regie tijdens het hele behandeltraject. Het team is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen

Ziekenhuis en medisch specialist

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg³, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de [Ziekenhuisopname](#).

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als de basisverzekering die niet vergoedt.

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie staat in het document [plastische chirurgie](#).

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist⁴, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC⁵). In geval van genderincongruentie moeten de zorg en de zorgverlener voldoen aan de voorwaarden zoals hierboven beschreven.

Dit wordt niet vergoed

- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting in andere gevallen dan hierboven staan

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor plastische chirurgie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor plastische chirurgie die onder de basisverzekering valt. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Bij acute zorg⁶ is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg⁷ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen heeft u vooraf [toestemming](#) nodig. Alleen voor correctie van flaporen is geen toestemming nodig.

Ziekenhuis en medisch specialist

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Uitleg

1. Functiestoornis: Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken
2. Verminkingen: Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie
3. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetik
4. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
5. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
7. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none">• Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Werldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Zorg in het buitenland en reizen

Wat vergoedt de basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

1. de basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de basisverzekering vergoedt maar:

1. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Zorg in het buitenland en reizen

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf [toestemming](#) van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor opname of dagopname¹
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De [uitgebreide voorwaarden Wereldfit](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De basisverzekering vergoedt een [second opinion](#) door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U gaat op de dag van behandeling - met dagverpleging - weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis