Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202600534

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 8 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 mei 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 20 juli 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 juli 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Bij brief van 17 augustus 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026014790) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 augustus 2026 aan partijen gezonden. Partijen hebben hierop niet gereageerd.

1.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 19 oktober 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Extra en Tandarts Extra (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

2.2. Namens verzoekster is op 9 januari 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een neusoperatie. Op 11 januari 2023 is de operatie uitgevoerd. Vervolgens is namens verzoekster op 18 april 2023 opnieuw een aanvraag voor een neusoperatie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op 4 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Bij brief van 26 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster laten weten dat de aanvraag is afgewezen. Verzoekster heeft hierop om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.3. Op 4 april 2025 is namens verzoekster opnieuw om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 25 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de ingreep niet worden vergoed.

2.4. Bij brief van 17 augustus 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de bij haar uitgevoerde neusoperatie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij klachtenformulier van 8 september 2025 toegelicht dat zij moeite had met ademhalen door één kant van haar neus. Dit gaf problemen tijdens het slapen en het sporten. Verzoekster is hiervoor bij de huisarts geweest en die heeft haar doorverwezen naar de zorgaanbieder. Op dat moment was er een wachttijd van minimaal een jaar bij een regulier ziekenhuis. De behandelend KNO-arts heeft de operatie voorgesteld. Verzoekster heeft een bedrag voorgeschoten en de zorgaanbieder zou zorgdragen voor de declaratie. Verzoekster is geopereerd met een goed resultaat. Vervolgens is de nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die deze heeft afgewezen. Na drie jaar heeft zij de kosten nog steeds niet vergoed gekregen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar uitgevoerde neuscorrectie ten laste van de zorgverzekering.

4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 20 juli 2026 toegelicht dat hij op 9 januari 2023 een eerste aanvraag heeft ontvangen voor een neuscorrectie. Uit deze aanvraag blijkt dat het gaat om een zogenoemde uitwendige neuscorrectie. Een neuscorrectie is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Dergelijke behandelingen komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit blijkt uit artikel 18.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard 2021 van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (hierna: de VAV-werkwijzer) wordt uitgelegd wat onder verminking en een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet worden verstaan. In paragraaf 12 van de VAV-werkwijzer wordt specifiek ingegaan op de neuscorrectie. Hierin staat, voor zover hier relevant:

"Aangeboren verminking: Een aangeboren misvorming zoals van het benig aangezicht of van lip-, kaak- en/of gehemeltespleten. Ook hiervoor geldt dat de deformiteit van de neus bij deze aangeboren afwijking verminkend moet zijn. (...)
Verworven verminking: Een verworven verminking kan het gevolg zijn van ziekte, trauma, oncologische resectie of anderszins iatrogeen. (...)

Functiestoornis
Een functiestoornis is een objectief aantoonbare, lichamelijke functionele stoornis, die de activiteiten van het dagelijks leven (adl) duidelijk beïnvloedt. In het geval van een rhinoplastiek moet er dus sprake zijn van een ernstige luchtwegobstructie die nadelige effecten heeft op adl. Een rhinoplastiek kan in zeldzame gevallen nodig zijn indien de klachten (mede) gebaseerd zijn op een duidelijk aanwezige anatomische afwijking van de neus, bijvoorbeeld een forse scheefstand of andere anatomische afwijking met als gevolg een ernstige luchtwegobstructie van de neus. In die

gevallen moet gemotiveerd zijn waarom een septumcorrectie, al dan niet met conchareductie, het probleem niet of onvoldoende verhelpt. Die motivatie moet verder gaan dan alleen het noemen van een inschatting op basis van praktijkervaring, maar gebaseerd zijn op het begrip de stand van de wetenschap en praktijk. Dat wil zeggen dat de voorgestelde ingreep, afgaande op medisch wetenschappelijke literatuur, bewezen effectiever is dan conservatieve behandelingen of een septumcorrectie (met of zonder conchareductie) alleen.
(...) 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 alar battens voldoen niet aan het criterium SW&P en/of zijn cosmetische gemotiveerde ingrepen en komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking."

4.3. Uit de aanvraag, de medische informatie in het dossier en de foto's, volgt niet dat bij verzoekster sprake is van verminking. Daarop lijkt zij zich overigens ook niet te beroepen. Hieruit blijkt ook niet dat sprake is van een objectief aantoonbare lichamelijke functiestoornis die het gevolg is van aanwezige anatomische afwijkingen van de neus, zoals een forse scheefstand. Bovendien is onvoldoende onderbouwd waarom een septumcorrectie het probleem niet zou kunnen verhelpen. Dit maakt dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de neuscorrectie die zij heeft ondergaan en deze behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij opgemerkt dat uit het operatieverslag volgt dat er ‘spreader grafts’ en ‘alar battens’ zijn geplaatst tijdens de ingreep. Uit de VAV-werkwijzer volgt dat deze zorg ten tijde van de ingreep niet voldeed aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Ook dit maakt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de ingreep.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het advies van 17 augustus 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“VAV-werkwijzer
De voorwaarden voor vergoeding van plastische chirurgie zijn verder uitgewerkt in de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV-werkwijzer). Hierin zijn voor een aantal veel voorkomende beoordelingen, de begrippen ‘verminking’ en ‘functiestoornis’ verder uitgewerkt, zodat dit als leidraad kan dienen bij de beoordeling van aanvragen.

Verminking
Bij een verminking kan het gaan om een aangeboren misvorming, zoals van het benig aangezicht of van lip-, kaak- en/of gehemeltespleten of een verworven verminking, bijvoorbeeld als gevolg van ziekte, trauma, oncologische resectie of anderszins iatrogeen (veroorzaakt door medische handelingen).

Functiestoornis
Volgens de VAV-werkwijzer komt een neuscorrectie/rhinoplastiek, naast verminking, slechts in uitzonderlijk situaties voor vergoeding in aanmerking als er aan de volgende zes voorwaarden wordt voldaan. Indien er sprake is van:
1. *Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dat wil zeggen een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan 1 jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad en waarvan de verzekerde dagelijks hinder ondervindt. én*
2. *De ernst van de klachten is geobjectiveerd door middel van de Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) Scale. én*
3. *Er is een duidelijke uitwendig zichtbare anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van de functionele klachten aanwijsbaar is. én*

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. én*
5. *De afwijking alleen gecorrigeerd kan worden met een operatieve neuscorrectie/rhinoplastiek en niet alleen met een septumcorrectie en/of conchareductie. én*
6. *De voorgestelde ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.*

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

<u>Opmerking vooraf</u>
De ingangsdatum van het reeds genoemde standpunt is 15 mei 2025. Omdat de neuscorrectie van verzoekster al op 11 januari 2023 is uitgevoerd, wordt het standpunt buiten beschouwing gelaten bij de beoordeling van het geschil.

<u>Indicatie</u>
In geschil is of verzoekster ten tijde van de operatie voldeed aan de indicatievoorwaarden zoals nader genoemd in de VAV-werkwijzer.

Verminking
Op basis van de foto's in het dossier zijn er zijn geen aanwijzingen voor verminking. Uit de correspondentie komt ook niet naar voren dat verminking de reden is van de neuscorrectie. Aan deze voorwaarde wordt niet voldaan.

Functiestoornis
Hierna zal het Zorginstituut toetsen of voldaan is aan de zes (cumulatieve) vereisten uit de VAV-werkwijzer, zoals hierboven genoemd onder het juridisch kader.

Ad 1) aantoonbare lichamelijke functiestoornis
Verzoekster heeft chronische neusobstructieklachten met ademhalingsproblemen, die langer dan een jaar bestaan, waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hadden. Bij inwendig onderzoek wordt een scheef neustussenschot beschreven. Aan deze voorwaarde wordt voldaan.

Ad 2) NOSE Scale
Volgens de vragen zoals die zijn ingevuld op de machtigingsaanvraag is de NOSEscore 15 op een schaal van 0 tot 20. Dit is omgerekend 75 op een schaal van 0 tot 100. Aan deze voorwaarde wordt voldaan.

Ad 3) duidelijk uitwendig zichtbare afwijking
Een medisch adviseur van het Zorginstituut heeft de foto's beoordeeld. De neusrug staat iets naar links. Dit is met name op de foto op pagina elf van bijlage vijf van de brief van verweerder van 20 juli 2026 te zien. De neusgaten zijn hier beide open. Verder zijn er geen standsafwijkingen aan de neus te zien. Er is geen sprake van verminking of een uitwendig zichtbare afwijking die ademhalingsklachten zou kunnen veroorzaken, zoals dat is omschreven in de VAV-werkwijzer. Hierin wordt gesproken van een 'forse scheefstand' van de neus als voorwaarde voor vergoeding. De lichte afwijking van de neusrug, zoals die op de foto's bij verzoekster te zien is, voldoet niet aan deze omschrijving. Aan deze voorwaarde wordt niet voldaan.

Ad 4) passageprobleem
De KNO-arts vermeldt dat verzoekster bij endoscopie smalle externe neuskleppen, inzakkende inwendige neuskleppen en een scheefstand van het septum heeft. Deze bevindingen kunnen echter niet gerelateerd worden aan uitwendige afwijkingen. Aan deze voorwaarde wordt niet voldaan.

Ad 5) operatieve neuscorrectie/rhinoplastiek noodzakelijk
De enige motivatie van de KNO-arts waarom de afwijking alleen gecorrigeerd kan worden met een rhinoplastiek en niet met een septumcorrectie, bestaat uit de zinsnede 'daar ligt het probleem niet.' Dit is een onvoldoende motivatie. Er ontbreekt bijvoorbeeld ondersteunende wetenschappelijke literatuur en een beschrijving van de relatie tussen de gevonden anatomische afwijkingen en de neusademhalingsproblemen. Aan deze voorwaarde wordt niet voldaan.

Ad 6) ingreep voldoet aan stand van de wetenschap en praktijk
In de VAV-werkwijzer is vermeld dat de verschillende technieken zoals correctie van aanzuigende neusvleugels, het plaatsen van 'spreaders' en het plaatsen van 'alar battens' niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en/of cosmetische gemotiveerde ingrepen zijn en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komen. Aan deze voorwaarde wordt zodoende ook niet voldaan.

Conclusie
Nu verzoekster niet voldoet aan de derde, vierde, vijfde en zesde indicatievoorwaarde genoemd in de VAV-werkwijzer voor een functiestoornis en van een verminking niet is gebleken, kan zij geen aanspraak maken op vergoeding van de operatie ten laste van de basisverzekering.

Het advies
Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van een neuscorrectie ten laste van de basisverzekering."

5.2. Er is geen reactie van partijen op het voorlopig advies en de commissie heeft geen aanleiding gezien een nader advies aan het Zorginstituut te vragen. Daarom is dit advies als definitief advies te beschouwen.

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 plastische chirurgie, de 'stand van de wetenschap en praktijk', en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

7.2. Volgens de vaste lijn van de commissie vervalt door het indienen van een nieuwe aanvraag de voorgaande. In dit geval dateert de laatste aanvraag van 18 april 2023. De commissie zal daarom voor de beoordeling deze aanvraag als uitgangspunt nemen. Verder geldt dat in voorkomend geval moet worden beoordeeld of de afwijzing van de aanvraag naar de stand van dat moment terecht heeft plaatsgevonden. Het Zorginstituut heeft op 15 mei 2025 een standpunt uitgebracht over de neusklepcorrectie. Dit standpunt gold echter nog niet ten tijde van de op 11 januari 2023 uitgevoerde ingreep en ook niet op het moment van afwijzing van de relevante aanvraag op 26 juli 2023, zodat het door de commissie verder buiten beschouwing wordt gelaten.

De op 18 april 2023 aangevraagde behandeling betreft een uitwendige neuscorrectie. De aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat bij verzoekster geen verzekeringsindicatie bestond. De commissie overweegt als volgt.

7.3. De door verzoekster genoten zorg betreft plastische chirurgie. 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. Hetgeen is beschreven onder het kopje 'Behandelingen van plastisch chirurgische aard' bij artikel 18.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in de VAV-werkwijzer. Deze wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.

7.4. In zijn advies aan de commissie van 17 augustus 2026 heeft het Zorginstituut uitgelegd dat het bij verminking kan gaan om een aangeboren misvorming, zoals van het benig aangezicht of van lip-, kaak- en/of gehemeltespleten, of een verworven verminking, bijvoorbeeld als gevolg van ziekte, trauma, oncologische resectie of anderszins iatrogeen (veroorzaakt door medische handelingen). Volgens de VAV-werkwijzer komt een neuscorrectie/rhinoplastiek, naast verminking, slechts in uitzonderlijk situaties voor vergoeding in aanmerking op basis van een functiestoornis als aan de volgende zes voorwaarden wordt voldaan. Indien er sprake is van:
1. een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dat wil zeggen een chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan 1 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 uitwendig 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 alleen gecorrigeerd kan 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'.

7.5. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat er in de situatie van verzoekster geen aanwijzingen zijn voor verminking. Daarnaast voldoet zij niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van een neuscorrectie op basis van een functiestoornis ten laste van de zorgverzekering. Hierbij heeft het Zorginstituut uitgelegd dat verzoekster met name niet voldoet aan de derde, vierde, vijfde en zesde indicatievoorwaarde zoals genoemd in de VAV-werkwijzer. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder haar opmerking dat de operatie succesvol is geweest, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Ook haar stelling dat de operatie door de behandelend KNO-arts is voorgesteld, maakt de uitkomst niet anders. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut daarom over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar uitgevoerde neusoperatie ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 november 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

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 griepprevention;
   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 verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
   4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen

van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

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.

2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:
- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Naturaverzekering en is gebaseerd op:
- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier;
- de door het CAK aangeleverde gegevens van een ambtshalve aangemelde verzekerde.

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

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

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

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

Wij kunnen geen basisverzekering met u afsluiten als het door u verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder u in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:
- U een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- U een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank heeft overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- U van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

terug naar inhoud >

18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

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

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

U heeft voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts of KNO-arts.
Op mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend heeft u recht volgens artikel 18.18 en 18.19. 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 of een klinisch fysicus audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprothetici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

U heeft recht op verblijf in de laagste klasse van 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 18.18 en 18.19 (Mondzorg).

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

Logeerkosten bij CAR-T

U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 82,- per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

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

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

IVF (in-vitrofertillisatiepoging) 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).

terug naar inhoud >

U heeft recht op deze zorg als u een vrouw bent tot uw 43ste jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. U heeft ook recht op de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:
- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.
De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na IVF, geldt als nieuwe eerste poging. Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF poging wordt aangemerkt.
Tot uw 38ste jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal één embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsten als dit om medische redenen nodig is. Vanaf uw 38ste tot uw 43ste jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

U heeft geen recht op:
- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van het ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede IVF-poging tot uw 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als u 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen
U heeft recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (Medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (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. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. U heeft geen recht op behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

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

terug naar inhoud >

Voor deze behandelingen heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen uw aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.
Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als u deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

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

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

U heeft onder andere geen recht op:
- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Transgenderzorg
Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBIGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

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

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

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

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op wetten.overheid.nl/zoeken.

18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

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

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar
U heeft recht op de hieronder genoemde zorg:
- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen;

terug naar inhoud >