

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202400740

## Partijen

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

en

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

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 30 juni 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 juli 2024 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 2 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 augustus 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 17 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024030359) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 juni 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 september 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 september 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 17 juni 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 16 september 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Startfit, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit Module B (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster heeft zich in verband met ademhalingsproblemen gewend tot een arts in Obertshausen, Duitsland, die een operatie aan haar neus voorstelde. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 februari 2024 gevraagd om toestemming voor deze ingreep. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van verschillende data bij verzoekster aanvullende informatie opgevraagd. Op 28 februari 2024 heeft verzoekster in Obertshausen een "*funktionelle S[e]ptorhinoplastik; Coblations-Conchotomie bds*" ondergaan. De kosten hiervan, ten bedrage van € 7.933,62, heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 13 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat vergoeding van de kosten van de door haar in Duitsland ondergane ingreep is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 20 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 17 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 16 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door haar in Obertshausen ondergane ingreep, ten bedrage van € 7.933,62, alsnog te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 30 juni 2024 aangevoerd dat zij over de operatie ruim van tevoren contact heeft gezocht met de ziektekostenverzekeraar, en dat zij hierbij heeft toegelicht dat zij kampte met zware ademhalingsproblemen. Als zij de geboden kans voorbij zou laten gaan, moest zij misschien nog een jaar wachten. Dit was voor verzoekster geen optie. Door de ademhalingsproblemen kon zij niet werken. Haar ouders hebben de kosten van de operatie voor haar betaald. Vanwege haar financiële situatie was het voor verzoekster onmogelijk eerst alle onderzoeken te laten uitvoeren in Duitsland, en dan te moeten wachten op toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Het was bijna zes uren rijden naar het ziekenhuis in Obertshausen. Door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar die verzoekster telefonisch sprak is haar verteld dat zij van tevoren toestemming nodig had. Maar het was wel akkoord dat verzoekster alle onderzoeken in Duitsland een dag vóór de ingreep zou laten uitvoeren, zodat zij niet twee keer heen en weer hoefde te reizen. Daarna zou worden beoordeeld of de ingreep medisch noodzakelijk was, en zou - indien dit het geval bleek - een vergoeding volgen. Na declaratie van de kosten bleek echter dat de ziektekostenverzekeraar van mening is dat verzoekster zijn toestemming eerst had moeten afwachten. Nu dit niet is gebeurd, ontvangt zij geen vergoeding. Verzoekster merkt hierover op dat de huisarts en de MKA-arts (voorheen: KNO-arts) de ingreep noodzakelijk vonden. De eis van voorafgaande toestemming is daarbij pas aan de orde gekomen in de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. De ziektekostenverzekeraar heeft overigens nooit een inhoudelijke beoordeling uitgevoerd, vanwege het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming. Wel is door de ziektekostenverzekeraar ten tijde van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen genoemd dat hij van mening is dat de ingreep niet medisch noodzakelijk was. Verzoekster vindt dit tegenstrijdig.

3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij al van jongs af aan problemen had aan haar neus. Zij had last met ademhalen en kon 's nachts niet slapen. Zij heeft van alles geprobeerd, waaronder neusspray. Zij liep met veel dingen achter, ook met het behalen van haar rijbewijs. De huisarts heeft haar verwezen omdat het niet op te lossen was met neusspray. De operatie was echt nodig. Zij heeft tegen de ziektekostenverzekeraar gezegd dat er op dat moment een plek was bij de behandelend chirurg in Duitsland, en dat zij niet langer kon en wilde wachten. Zij was afhankelijk van haar ouders om naar de afspraak te kunnen gaan. Zij wilde het onderzoek laten uitvoeren. Zij is erheen gegaan en is eerst onderzocht. Aan één kant was de luchtdoorgang nog maar 10%. Een dag later is zij geopereerd, omdat zij zo ver moest reizen en als gezegd van haar ouders afhankelijk was. De arts is iemand die zij goed kennen; bij deze man durfde zij de ingreep aan. Het was niet te doen om eerst uren te rijden voor een onderzoek, weer terug te komen en later nog een keer te gaan. Het was juist haar kans om geopereerd te worden. Zij had zoveel klachten. Op de dag dat zij is onderzocht is alle informatie naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Eén kant van de neus was bijna dicht. In eerste instantie is alleen gezegd dat er vooraf toestemming had moeten worden gevraagd. Volgens de huisarts en de MKA-arts was het noodzakelijk de ingreep uit te laten voeren. Verzoekster beschikt niet over meer informatie dan zij al heeft gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft het over plastische chirurgie, maar haar neus ziet er nog precies hetzelfde uit als voorheen, hij is niet mooier geworden. Het was voor haar echt spoed, zij kon niet langer wachten. Als zij niet direct was geopereerd, had zij weer een hele tijd moeten wachten, misschien wel een jaar, voordat zij kon worden geholpen.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de ingreep in Obertshausen niet aan verzoekster worden vergoed. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 14 juni 2024 aangevoerd dat het eerste telefoongesprek hierover met verzoekster heeft plaatsgevonden op 5 februari 2024. Helaas is hiervan geen telefoonnotitie, opname of transcript gemaakt. Er lijkt te zijn gesproken over de eis van voorafgaande toestemming, omdat de ziektekostenverzekeraar de dag na het telefoongesprek een verzoek om toestemming ontving. Helaas ontbrak bij de aanvraag informatie om deze inhoudelijk te kunnen beoordelen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom extra informatie gevraagd bij verzoekster, en op 6 februari 2024 is haar meegedeeld dat voorafgaande toestemming voor de ingreep nodig is. Zonder vooraf verkregen toestemming kan de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding verlenen voor de aangevraagde operatie aan de neus. Het betreft een ingreep van plastisch-chirurgische aard die in Nederland op een limitatieve lijst is vermeld. Ook bij behandeling in Nederland dient daarom vooraf toestemming te worden gevraagd.
- 4.2. In de op de aanvraag volgende mailwisseling is verzoekster bij herhaling gewezen op het feit dat zij vooraf toestemming nodig heeft en dat hiervoor aanvullende informatie nodig is. Verzoekster heeft hieraan geen gehoor gegeven. Zij heeft op 6 februari 2024 weliswaar aanvullende informatie overgelegd, maar deze was onvoldoende. Verzoekster is hierover geïnformeerd, maar zij is vervolgens niet met aanvullende inhoudelijke informatie gekomen. Door de behandeling te laten plaatsvinden zonder verkregen toestemming heeft zij het risico geaccepteerd dat de kosten hiervan voor haar rekening blijven. Op basis van de overgelegde informatie kon bovendien geen zorginhoudelijke beoordeling plaatsvinden. Er is voorts niet gebleken van een medisch inhoudelijke reden op grond waarvan verzoekster de toestemming niet heeft kunnen afwachten. Het eerste contact heeft ruim vóór de operatie plaatsgevonden, en er bestond voldoende tijd om de ontbrekende informatie beschikbaar te stellen. De operatie was namelijk gepland op 28 februari 2024. Ook na herhaald verzoek werd de gevraagde informatie echter niet door verzoekster aangeleverd. Zelfs na de operatie werden deze gegevens niet verstrekt. Overigens is niet gebleken dat aan verzoekster is verteld dat een inhoudelijke beoordeling ook achteraf zou

kunnen plaatsvinden. Indien onderzoeken nodig zijn om de gewenste informatie te kunnen aanleveren, mogen deze worden uitgevoerd. Er is echter nimmer toegezegd dat dit betekent dat ook de ingreep wordt vergoed. In zijn brief aan de commissie van 2 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief aan de commissie van 14 augustus 2025 aanvullend verklaard dat strenge en bijzondere voorwaarden gelden om in aanmerking te komen voor vergoeding van een (uitwendige) neuscorrectie (septorhinoplastiek met chonchareductie). Deze zijn onder andere genoemd in het e-mailbericht van 28 februari 2024 en zijn overgenomen uit de werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgisch aard van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV). Het is aan verzoekster aan te tonen dat aan de genoemde voorwaarden wordt voldaan. Omdat dit niet volgde uit de aanvraag zelf, heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie bij verzoekster opgevraagd. Helaas ontving de ziektekostenverzekeraar niet alle gevraagde informatie of bleek hieruit in ieder geval niet dat aan de voorwaarden werd voldaan. Dit is voor de ziektekostenverzekeraar reden geweest opnieuw (aanvullende) informatie op te vragen en geen toestemming te verlenen. Uit de informatie die de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk heeft ontvangen blijkt niet dat aan alle voorwaarden is voldaan om in aanmerking te komen voor vergoeding van de aangevraagde neuscorrectie. In het bijzonder is niet gebleken dat een uitwendige anatomische of structurele afwijking van de neus de klachten van verzoekster kan verklaren én dat deze klachten uitsluitend kunnen worden verholpen met de aangevraagde neuscorrectie. Dit zijn echter wél voorwaarden waaraan moet worden voldaan. Uit de verklaring van de behandelend arts van 18 januari 2024 lijkt te volgen dat een scheefstand van het neustussenschot (septum) gecombineerd met vergrote neusschelpen (chonchahypertrophie) de oorzaak van de klachten was. Ook tegen deze achtergrond rijst evenwel de vraag waarom uitsluitend de aangevraagde neuscorrectie die klachten kon verhelpen en waarom het niet mogelijk was dit te bereiken met een septumcorrectie en/of chonchareductie. Kort en goed, de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verschillende keren een (medisch) inhoudelijke beoordeling uitgevoerd, maar dit heeft niet geleid tot het verlenen van toestemming voor de aangevraagde behandeling. Desondanks heeft verzoekster besloten deze te ondergaan. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor dat besluit, blijft hij van mening dat de toestemming terecht niet is verleend en dat geen recht bestaat op vergoeding van de aangevraagde behandeling.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de aanvraag op 6 februari 2024 is binnengekomen, en op 20 februari 2024 heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen. Toen is gezegd dat de ingreep pas mocht plaatsvinden als er toestemming was verleend. De ziektekostenverzekeraar begrijpt het belang, maar het is aan de verzekerde om aan te tonen dat aan de voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden zijn op 6 en op 19 februari 2024 per mail aan verzoekster meegedeeld en ook is aangeboden deze informatie naar de zorgverlener te sturen. Op twee momenten is gevraagd om aanvullende informatie, die niet is ontvangen. Het Zorginstituut heeft advies uitgebracht, en geoordeeld dat de ingreep gedeeltelijk niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat voor het overige geen indicatie bestaat. De voorafgaande toestemming is in het leven geroepen om te voorkomen dat een behandeling wordt ondergaan die niet wordt vergoed. Ook voor een opname moet vooraf toestemming worden gevraagd. Met spoed wordt bedoeld dat met de operatie geen dag langer kan worden gewacht, omdat bijvoorbeeld sprake is van levensgevaar. Het oprichten van de neustip en de neusresectie voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor het overige moet bijvoorbeeld sprake zijn van verminking. Foto's ontbreken in het dossier, evenals de NOSE-score.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 17 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

### Stand van de wetenschap en praktijk

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

*De neuscorrectie van verzoekster is op 28 februari 2024 uitgevoerd. Omdat de ingangsdatum van het standpunt na de operatiedatum van verzoekster valt, wordt het standpunt buiten beschouwing gelaten bij de beoordeling van het geschil.*

*Ten tijde van de operatie van verzoekster gold de VAV-werkwijzer. In de VAV-werkwijzer staat dat een rhinoplastiek, waarbij sprake is van het oprichten van de neustip en een humpresectie, niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. Daarom kan verzoekster voor deze onderdelen van de operatie geen aanspraak maken op vergoeding uit de basisverzekering.*

### Indicatie

*Voor de versteviging van de laterale neuswand met kraakbeen grafts, de tipplastiek met een septum- en cap graft, plaatsing van Breath-easy splints en resectie van het neusvleugelkraakbeen geldt dat in geschil is of verzoekster ten tijde van de operatie voldeed aan de indicatievoorwaarden zoals opgenomen in de VAV-werkwijzer.*

### Verminking

*Door het ontbreken van foto’s in het dossier kan het Zorginstituut niet beoordelen of bij verzoekster sprake is van een verminking. Uit de medische correspondentie blijkt in ieder geval niet dat verzoekster bekend is met een aangeboren misvorming of verworven verminking.*

### Lichamelijke functiestoornis

*Uit het dossier blijkt dat verzoekster chronische neusobstructieklachten met ademhalingsproblemen heeft, die langer dan een jaar bestaan waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hadden. Uit het dossier blijkt [dat] daarnaast dat verzoekster dagelijks hinder van de klachten ondervond. Bij rhinometrie is sprake van een aanzienlijke neusobstructie rechts. Hiermee is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van de eerste voorwaarde van de VAV-werkwijzer.*

*De ernst van de klachten van verzoekster [is] echter niet geobjectiveerd met een NOSE-score. Aan de tweede voorwaarde uit de VAV-werkwijzer wordt daarom niet voldaan. De KNO-arts ziet daarnaast voorafgaand aan de operatie bij onderzoek een scheefstand van de neus met een bult (hump) op haar neusrug, en een laagstaande (ptosis) en te brede neustip. In het dossier zijn*

*echter geen foto's beschikbaar die dit ondersteunen. Hierdoor kan niet beoordeeld worden of aan de derde voorwaarde is voldaan.*

*De KNO-arts vermeldt dat verzoekster bij endoscopie een vernauwing van de neus heeft met ademhalingsproblemen. Het passageprobleem kan echter niet gerelateerd worden aan de uitwendige afwijkingen. Aan de vierde voorwaarde wordt hierdoor niet voldaan. Daarnaast heeft de KNO-arts voorafgaand aan de operatie niet goed uitgelegd welke technieken toegepast zouden worden. De KNO-arts heeft ook niet onderbouwd waarom een septumcorrectie en/of conchareductie niet afdoende was. Aan de vijfde voorwaarde wordt hierdoor eveneens niet voldaan.*

*Het bovenstaande maakt dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden die gelden voor een lichamelijke functiestoornis zoals opgenomen in de VAV-werkwijzer. Ook is er geen sprake van een verminking.*

### **Conclusie**

*Het oprichten van de neustip en een humpsectie voldeden niet aan de stand van de wetenschap en praktijk ten tijde van de uitgevoerde operatie. Om die reden komen deze ingrepen niet in aanmerking voor vergoeding uit de basisverzekering. Voor de overige onderdelen van de operatie geldt dat verzoekster niet voldeed aan de criteria voor vergoeding op grond van een lichamelijke functiestoornis. Daarnaast is geen sprake van een verminking. Hierdoor kan verzoekster ook geen aanspraak maken op vergoeding van deze operatieonderdelen uit de basisverzekering.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het oprichten van de neustip en een humpsectie maken geen onderdeel uit van het basispakket. Daarnaast voldoet verzoekster voor de andere operatieonderdelen niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van een neuscorrectie ten laste van de basisverzekering.”*

## **6. Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de 'Algemene Regels en Vergoedingen 2024' 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 en het toestemmingsvereiste zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Duitsland gegaan om daar zorg af te nemen. Hoewel de commissie begrijpt dat verzoekster snel bij deze arts terecht kon en voor haar gevoel sprake was van een spoedsituatie want er was geen sprake van een acute of levensbedreigende situatie. Hiermee ging het om planbare zorg, zodat de beoordeling op basis van dat uitgangspunt moet plaatsvinden. Duitsland is een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, waaronder de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. Uit artikel 8, derde lid,

van de in de nationale wetgeving van de lidstaten geïmplementeerde Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat bij verzoeken om voorafgaande toestemming van een verzekerde om grensoverschrijdende gezondheidszorg te verkrijgen, de lidstaat van aansluiting nagaat of is voldaan aan de voorwaarden van Verordening (EG) nr. 883/2004. Is dit inderdaad het geval, dan wordt de voorafgaande toestemming overeenkomstig die verordening verleend, tenzij de patiënt anderszins verzoekt. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster de keuze heeft gemaakt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering, dus met voorbijgaan van de verordening. Om die reden toetst de commissie - in lijn met de systematiek van de Patiëntenrichtlijn - hierna allereerst of de toestemming op grond van de verordening verzoekster terecht werd onthouden.

- 7.3. 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, in de Nederlandse situatie 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 (Stamatelaki, zaak C-444/05). Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar tijdig om toestemming voor de ingreep gevraagd, maar zij heeft deze niet afgewacht. Onder bijzondere omstandigheden kan het toestemmingsvereiste de verzekerde niet worden tegengeworpen, zo blijkt uit jurisprudentie van het Europese Hof (Elchinov, C173/09). Dergelijke bijzondere omstandigheden zijn in dit geval niet aan de orde. De stelling van verzoekster dat zij deze kans niet voorbij mocht laten gaan, omdat zij anders een jaar zou moeten wachten, treft geen doel, aangezien dit niet verklaart waarom verzoekster de gevraagde informatie niet (tijdig) kon aanleveren. Zij had hiervoor immers van 6 tot 28 februari 2024 gelegenheid. Hieruit volgt dat de verordening buiten toepassing blijft en dat de aanspraak op vergoeding van de kosten van de ingreep moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### *Zorgverzekering*

- 7.4. Artikel 24 onder a van de 'Algemene Regels en Vergoedingen 2024' van de zorgverzekering bepaalt dat zorg alleen wordt vergoed als deze naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is. De aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld op bladzijde 71 e.v. van de 'Algemene Regels en Vergoedingen 2024' van de zorgverzekering. In het betreffende artikel is bepaald dat aanspraak bestaat op plastische chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking door een ziekte, ongeval of medische behandeling. In het artikel is voorts opgenomen dat een voorafgaande verwijzing nodig is, alsmede dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar moet zijn gevraagd en verkregen. De ziektekostenverzekeraar stelt zich primair op het standpunt dat aan dit laatste vereiste niet is voldaan, zodat vergoeding mocht worden geweigerd. De commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 7.5. De eerste vraag die in dit verband dient te worden beantwoord is of het de ziektekostenverzekeraar vrij staat in de voorwaarden van de zorgverzekering een bepaling op te nemen dat verzekerden voorafgaand aan een behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming moeten vragen. De commissie is van oordeel dat artikel 14 Zvw een zorgverzekeraar die mogelijkheid biedt. Het logische gevolg van het opnemen van een dergelijk vereiste in de verzekeringsvoorwaarden is dat de gevraagde toestemming dan ook moet worden afgewacht. Het hanteren van een toestemmingsvereiste voor behandelingen van plastisch chirurgische aard is bovendien redelijk, omdat hiervoor strikte voorwaarden gelden en het aan de ziektekostenverzekeraar is te beoordelen of aan die voorwaarden is voldaan.

- 7.6. Volgens verzoekster kan de ontbrekende toestemming haar evenwel niet worden tegengeworpen, aangezien zij nu terecht kon bij de arts, zij anders een jaar zou moeten wachten, en de afstand tot het ziekenhuis erg groot was, zodat zij niet heen en terug kon reizen. Zoals hiervoor is opgemerkt, heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar tijdig om toestemming gevraagd, namelijk op 6 februari 2024. Uit de aanvraag en de meegestuurde stukken kon de ziektekostenverzekeraar niet opmaken of op grond van de zorgverzekering aanspraak bestond op vergoeding. Om die reden heeft hij na 6 februari 2024 verzoekster bij herhaling om aanvullende informatie gevraagd. Het lag vervolgens op de weg van verzoekster deze aan te leveren en de beslissing van de ziektekostenverzekeraar op de aanvraag af te wachten, maar hiervoor heeft zij niet gekozen. In plaats daarvan besloot zij zich op 28 februari 2024, zonder dat hiervoor toestemming was verkregen, te laten opereren. De door verzoekster aangevoerde argumenten doen aan deze feitelijke situatie niet af. Door aldus te handelen heeft verzoekster het risico genomen dat de kosten van de ingreep voor haar rekening zouden blijven. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar, op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, vrij stond het verzoek om vergoeding van de kosten af te wijzen omdat geen voorafgaande toestemming werd verkregen. Dit leidt ertoe dat aan de vraag of sprake was van zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is en of bij verzoekster sprake was van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking – de secundaire afwijsggrond van de ziektekostenverzekeraar - niet wordt toegekomen.

*Telefonische toezegging*

- 7.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is verteld dat zij weliswaar voorafgaande toestemming nodig had, maar dat zij zich wel kon wenden tot de arts in Duitsland voor de benodigde vooronderzoeken. Deze informatie is niet onjuist, en kan niet leiden tot een ander oordeel, omdat hieruit niet valt af te leiden dat ook de ingreep zonder voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar mocht worden uitgevoerd ten laste van de zorgverzekering. Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar zich pas in de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft beroepen op het ontbreken van voorafgaande toestemming, geldt dat ook reeds in de eerste beslissing van 13 maart 2024 en de heroverweging van 20 maart 2024 wordt gesproken over het vereiste van voorafgaande toestemming. Deze stelling van verzoekster faalt daarom en kan niet leiden tot een ander oordeel.

*Slotsom*

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



**8. Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 september 2025,

A. de Ruijter

## **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

### ● **Plastische chirurgie**

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

#### ● **Vergoeding per verzekering**

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

#### ● **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.

Hieronder leest u wanneer de Vrije Keuze Basisverzekering of aanvullende verzekering plastische chirurgie vergoedt. Wat de basisverzekering vergoedt, moet voor iedereen hetzelfde zijn. Daarom gebruiken zorgverzekeraars hiervoor de Werkwijzer plastische chirurgie<sup>1</sup> van de Vereniging Artsen Volksgezondheid. De voorwaarden in die werkwijzer gelden dus ook. Meer uitleg staat in het document '[plastische chirurgie](#)'.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis<sup>2</sup> heeft
2. verminkingen<sup>3</sup> door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslapte 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 gehemelttespleet, 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

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg<sup>4</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

## Ziekenhuis en medisch specialist

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

### Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist<sup>5</sup>, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc<sup>6</sup>).

Soms moet de zorgverlener zelf ook voldoen aan voorwaarden zoals beschreven in de Werkwijzer plastische chirurgie<sup>1</sup>. In geval van zorg bij genderincongruentie, moet bijvoorbeeld sprake zijn van een multidisciplinair genderteam.

### 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 zorg<sup>7</sup> is geen verwijzing nodig.

### Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg<sup>8</sup> staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

Voor transgender vrouwen vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering soms epilatie of laserbehandeling van gezichts- en halsbehaarung. Dit valt ook onder de plastische chirurgie. Hiervoor moet u vooraf toestemming vragen.

Gaat u naar een zbc<sup>6</sup> uit ons Overzicht zbc's met toestemming? Dan heeft u onze toestemming nodig voor alle controles, onderzoeken en behandelingen. Neem hiervoor contact op met onze ZorgConsulent.

Ook voor vergoeding uit 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.

#### **Soms krijgt u bij een zbc zelf de rekening**

Voor zorg in een zbc<sup>6</sup> krijgt u soms de rekening mee. U moet die zelf bij ons declareren. Meer daarover staat in Algemene regel 44.

#### **Transgenderzorg is meer dan plastische chirurgie**

Bij genderincongruentie kan plastische chirurgie onderdeel zijn van een multidisciplinair zorgtraject. Let op dat keuzes aan het begin van dat traject gevolgen kunnen hebben voor de vergoeding van de plastische chirurgie of van andere zorg. Op onze website leest u meer over transgenderzorg.

#### **Wachlijst? 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. Werkwijzer plastische chirurgie: Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard 2021 (versie 21.0). Deze vindt u op <https://vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav>
2. Functiestoornis: Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken
3. 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
4. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
5. 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
6. Zbc: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
7. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
8. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. De lijst is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

### ● Vruchtbaarheidsbehandelingen

Als het niet lukt om zwanger te worden.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Tot 43 jaar Bij ivf alleen 1e, 2e en 3e poging, uit vergoeding Ivf
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Geen vergoeding
<b>Topfit</b>	4e en 5e poging ivf (tot 43 jaar), uit vergoeding Ivf
<b>Superfit</b>	Extra pogingen ivf (tot 43 jaar), uit vergoeding Ivf

#### ● Wat u vergoed krijgt

Lukt het niet om zwanger te worden? Een gynaecoloog kan onderzoeken waar dat aan ligt en kan u misschien behandelen om de kans op een zwangerschap te vergroten.

Voldoet u aan de volgende 2 voorwaarden?

- u bent als vrouw jonger dan 43 jaar, en
- u hebt een kinderwens, maar zwanger worden lukt al lange tijd niet door een medische oorzaak

Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering:

- medisch-specialistisch(e) onderzoek en behandeling
- kunstmatige inseminatie (ki) of intra-uteriene inseminatie (iui)
- in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi), inclusief het invriezen (cryopreserveren) van embryo's
- geneesmiddelen die daarbij nodig zijn

Voor Ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

#### Dit wordt niet vergoed

- vruchtbaarheidsbehandelingen bij u als vrouw vanaf uw 43e verjaardag
- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen

#### ● Wat u zelf betaalt

##### Geen eigen bijdrage

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen betaalt u geen eigen bijdrage.

##### Het eigen risico

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

### ● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Startfit</b>	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Benfit</b>	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Optifit</b>	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Topfit</b>	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Superfit</b>	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none"><li>• 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)</li><li>• 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)</li><li>• 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</li></ul>
<b>Tandfit A</b>	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit B</b>	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit C</b>	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit Preventief</b>	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Wereldfit</b>	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 Vrije Keuze Basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze 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 Vrije Keuze 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 Vrije Keuze 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 Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze 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 zorg met opname of dagopname<sup>1</sup>
- 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 Vrije Keuze 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 Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

#### Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

### 24. Wij vergoeden doelmatige zorg

#### Wij vergoeden alleen de zorg:

##### a. die naar inhoud en omvang voldoende effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard<sup>1</sup> en [Werkwijzers VAGZ/VAV](#).

##### b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

### 25. Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden [maximale vergoedingen](#). Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de [Zorgzoeker](#) op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2024? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het [reglement Zvw-pgb](#).

#### Hardheidsclausule

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

### 26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar [95%](#) van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Voor een aantal vergoedingen gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners onze eigen maximale vergoedingen. Dat staat in algemene regel 25.

---

# 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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

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

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

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

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