

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202500367

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 28 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. De commissie heeft dit verzoek op 30 juli 2025 schriftelijk aan haar bevestigd. Eveneens op 30 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 19 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 23 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025020778) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 september 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 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 18 november 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 september 2025 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies ook in te gaan op de stelling van verzoekster dat zij al verschillende conservatieve therapieën heeft geprobeerd, maar dat deze niet helpen. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut verzocht duidelijkheid te verschaffen op welke wijze geobjectiveerd kan worden aangetoond dat de aanwezige pijnklachten wél worden veroorzaakt door de borstomvang. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 december 2025 aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 2 december 2025 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Vervoer * en Aanvullend Tand ** (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

2.2. Op 27 januari 2025 is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een enkel- of dubbelzijdige borstverkleining. Hierbij heeft de behandelend plastisch chirurg het volgende over verzoekster verklaard:

“Graag zou ik aanvullende informatie willen verstrekken over pte [naam verzoekster], die wij niet in de aanvraag kwijt konden.

Deze dame heeft een maagverkleining in 2014 ondergaan, 35 kg afgefallen en al jaren stabiel. Daarbij nu een BMI van 34.67.

Zij komt met wens tot een mammareductie, wegens nekklachten, niet reagerend op fysiotherapie en goede bh.

Ik weet dat jullie bij post-bariatrische patiënten vaak een BMI tot 35 accepteren, ik wil vragen of jullie dat bij deze mevrouw ook willen honoreren.”

2.3. Bij brief van 28 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.

2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.5. Bij brief van 23 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.6. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde dubbelzijdige borstverkleining alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Verzoekster voert aan dat zij in 2013 115 kilo woog, wat bij een lichaamslengte van 1.50 meter resulteerde in een Body Mass Index (BMI) van 51 kg/m². In datzelfde jaar heeft verzoekster een maagverkleining ondergaan en dit heeft ertoe geleid dat zij enorm is afgefallen en nu 71 kilo weegt. Ondanks het aanzienlijke gewichtsverlies kampt verzoekster nog steeds met klachten aan haar nek en rug. Volgens de behandelend artsen worden deze klachten veroorzaakt doordat verzoeksters borsten te zwaar zijn en daarom hebben zij haar aangeraden een dubbelzijdige borstverkleining te laten uitvoeren. De hiertoe namens verzoekster ingediende aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar echter meerdere keren afgewezen. Iedere keer stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat haar BMI te hoog is, namelijk meer dan 30 kg/m². De ziektekostenverzekeraar passeert met dit standpunt de bepalingen in de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard’ van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid. Hierin is namelijk opgenomen dat aanspraak bestaat op een borstverkleining als

de patiënt (i) lichamelijke klachten heeft, (ii) een lichaamslengte heeft van minder dan 1.60 meter en een cupmaat D. Verzoekster stelt dat zij aan alle hiervoor genoemde voorwaarden voldoet. Zoals ook de behandelend plastisch chirurg heeft verklaard, is verder afvallen niet mogelijk.

- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster aangetekend dat zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut opmerkt dat zij nog 10,5 kilo moet afvallen om onder een BMI van 30 kg/m² te komen. Gelet op haar geringe lengte is verder afvallen echter ongezond, aangezien zij dan nog minder zou moeten eten dan zij nu doet. In dit verband is het belangrijk om in het oog te houden dat elke persoon verschillend is. Verzoekster heeft het als kwetsend ervaren dat het Zorginstituut bij een BMI van meer dan 30 kg/m² spreekt van 'ernstig overgewicht'. Er moet niet alleen worden gekeken naar richtlijnen en regels, maar ook naar de individuele persoon. In de situatie van verzoekster houdt dit in dat verder afvallen niet mogelijk is en dat de aanwezige nek- en rugklachten niet anders dan door haar te zware borsten kunnen worden veroorzaakt.
- 3.4. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoekster herhaald dat in haar optiek onomstotelijk vaststaat dat de aanwezige pijnklachten komen door haar te zware borsten.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de zorgverzekering dekking biedt voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een verzekeringsindicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De voorwaarden uit artikel 2.4, eerste lid, onder b, van genoemd besluit zijn verder uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV Werkwijzer). De VAV Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen van plastisch chirurgische aard.
- 4.2. De VAV Werkwijzer stelt dat vergoeding voor een dubbelzijdige borstverkleining mogelijk is bij cupmaat E of groter, waarbij in geval van een lichaamslengte van minder dan 1.60 meter cup D als ondergrens wordt gehanteerd. Daarnaast moet sprake zijn van een lichamelijke functiestoornis waarvoor conservatieve behandelingen zonder resultaat zijn gebleven. Verzoekster is 1.50 meter lang, heeft een BMI van 34,87 kg/m² en cupmaat E. Gezien deze gegevens is te verwachten dat bij verdere gewichtsreductie een afname van het borstvolume (tot onder cup D) zal optreden, waardoor de klachten zullen verminderen. Er kan dan niet langer worden gesproken van een lichamelijke functiestoornis. Op basis van de aangeleverde informatie is onvoldoende onderbouwing aanwezig om van deze criteria af te wijken.
De medische documentatie uit 2013 en 2014 die door verzoekster is overgelegd, in het kader van de bariatrische chirurgie en de daaropvolgende controle, doet geen afbreuk aan het huidige medisch oordeel. Integendeel, uit de vermelding "01-01-2022 weight regain na bariatrie" onder "Overige voorgeschiedenis" blijkt niet dat verzoekster al jarenlang een stabiel gewicht heeft behouden. Van chronische onbehandelbare smetten (zoals omschreven in de VAV Werkwijzer) is in haar geval ook geen sprake.
Gelet op het voorgaande voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel B.23 van de polisvoorwaarden.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat een borstverkleining bij de lengte van verzoekster alleen voor vergoeding in aanmerking komt als aannemelijk is dat de aanwezige klachten uitsluitend worden veroorzaakt door de borstomvang. In de situatie van verzoekster geldt dat zij een BMI heeft die hoger is dan 30 kg/m² zodat niet valt uit te sluiten dat de nek- en rugklachten worden veroorzaakt door een te hoog gewicht. Zodra verzoekster een BMI

heeft die lager is dan 30 kg/m², en deze klachten nog steeds bestaan, kan opnieuw worden bekeken of vergoeding van de ingreep mogelijk is.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 23 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Eenzijdige borstverkleining

Uit de beschikbare documentatie blijkt dat beide borsten cupmaat DD of E hebben. Omdat er geen sprake is van een verschil van twee cupmaten of meer tussen de borsten (asymmetrie) komt verzoekster niet in aanmerking voor vergoeding van een eenzijdige borstverkleining ten laste van de basisverzekering.

Tweezijdige borstverkleining

Om in aanmerking te komen voor een tweezijdige borstverkleining moet verzoekster voldoen aan een aantal voorwaarden, waaruit blijkt dat zij aan een lichamelijke functiestoornis lijdt als gevolg van te grote borsten.

Cupmaat

Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoekster 1.50m lang is en cupmaat DD of E heeft. Aan de voorwaarden dat de cupmaat groter moet zijn dan D bij een geringe lengte wordt voldaan.

Pijnklachten door borstomvang

In meerdere aangeleverde documenten wordt beschreven dat verzoekster nekkklachten heeft, en dit wordt ook niet betwist door verweerder. Er wordt in de VAV-werkwijzer aangenomen dat borsten met een cupmaat DD of E bij een lengte van 1.50m nekkklachten kunnen geven. Hiermee zijn de klachten voldoende geobjectiveerd.

Een andere belangrijke oorzaak van nekkklachten bij patiënten met te grote borsten kan overgewicht zijn. Hoewel het BMI geen absoluut criterium is, valt uit de VAV-werkwijzer op te maken dat bij een BMI boven de 30 kg/m² niet is uitgesloten dat de nekkklachten door het overgewicht worden veroorzaakt. Als te zware borsten niet de (belangrijkste) oorzaak van de nekkklachten zijn, zal een borstverkleining de nekkklachten niet verminderen. Om deze reden wordt een borstverkleining boven een bepaald BMI niet vergoed.

De BMI van verzoekster is 34,7 kg/m² bij een gewicht van 78kg. Bij haar lengte (1.50m) zou ze 67.5kg moeten wegen om een BMI van 30 kg/m² te hebben, een verschil van 10.5kg met haar huidig gewicht. Het afvallen van een dergelijk[e] hoeveelheid gewicht kan significant bijdragen aan de nekkklachten. Aangezien de cupmaat van verzoekster (DD of E) niet ver boven de grens ligt waarbij wordt aangenomen dat de te grote borsten bijdragen aan nekkklachten (cup D bij de lengte van verzoekster) is het aannemelijk dat de borstomvang niet de belangrijkste oorzaak is van de nek- en rugklachten bij verzoekster. Alles bij elkaar leidt ertoe dat andere oorzaken van de klachten dan de borstomvang niet zijn uitgesloten. Er wordt dan ook niet voldaan aan dit criterium.

Conservatieve behandelingen

De plastisch chirurg heeft in haar verklaring, gedateerd op 28 juli 2025, aangegeven dat conservatieve behandelingen zoals fysiotherapie en een aangepaste BH de nekkklachten onvoldoende hebben verbeterd. Aan dit criterium wordt voldaan, maar nu er niet wordt voldaan aan het criterium dat de nek- en rugklachten vooral worden veroorzaakt door de grote borstomvang, leidt dit niet tot een ander oordeel.

Chronisch onbehandelbare smetten

Uit het beschikbare dossier blijkt niet dat er bij verzoekster sprake is van onbehandelbare smetten. Aan dit criterium wordt dan ook niet voldaan.

Op grond van het bovenstaande kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster lijdt aan een lichamelijke functiestoornis als gevolg van te grote borsten.

Conclusie

Op grond van de beschikbare informatie in het dossier komt verzoekster niet in aanmerking voor een eenzijdige borstverkleining, omdat er geen verschil is van twee of meer cupmaten tussen beide borsten. Verzoekster voldoet daarnaast niet aan de criteria voor een tweezijdige borstverkleining, omdat niet kan worden uitgesloten dat de neklachten een andere oorzaak hebben dan de borstomvang van verzoekster. Ook blijkt uit het dossier niet dat er sprake is van chronisch onbehandelbare smetten.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een eenzijdige of tweezijdige borstverkleining/mammareductie.”

- 5.2. In het definitief advies van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U vraagt het Zorginstituut aandacht te besteden aan de stelling van verzoekster dat zij al verschillende conservatieve therapieën heeft geprobeerd, maar dat dit niet helpt. Ook vraagt de commissie op welke wijze geobjectiveerd kan worden aangetoond dat de aanwezige pijnklachten wél worden veroorzaakt door de borstomvang.

Conservatieve therapie

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies bevestig[d] dat uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoekster conservatieve therapie heeft gevolgd. Hiermee wordt in de situatie van verzoekster aan dit criterium ook voldaan. Dit leidt echter niet tot een ander oordeel, nu niet kan worden uitgesloten dat er andere oorzaken zijn van de klachten dan de borstomvang.

Pijnklachten door borstomvang

De VAV-werkwijzer geeft criteria om te beoordelen of een borstverkleining in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de zorgverzekering. De criteria die voor het beoordelen van de oorzaak van de pijnklachten betreffen de BMI en de cupmaat.

In de VAV-werkwijzer is opgenomen dat een borstverkleining niet in aanmerking komt voor vergoeding indien de BMI boven de 30 kg/m² is. Ook is er geen vergoeding mogelijk bij borsten kleiner dan cupmaat D bij een lichaamslengte kleiner dan 160cm. Verzoekster heeft een lengte van 150cm, cupmaat DD of E en een BMI van 34,7 kg/m².

Bij een BMI boven de 30 kg/m² en een te grote cupmaat (cupmaat DD of E in geval van verzoekster) kunnen nek- en rugklachten zowel veroorzaakt worden door het ernstig overgewicht als door de borstomvang. Om uit te sluiten dat de pijnklachten worden veroorzaakt door ernstig overgewicht, zou verzoekster moeten afvallen tot een BMI onder 30 kg/m². Bij een BMI onder de 30 kg/m², in combinatie met een te grote cupmaat, wordt verondersteld dat de neklachten door de te grote borstomvang worden veroorzaakt.”

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 A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch chirurgische aard en 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

Zorgverzekering

- 7.2. Namens verzoekster is op 27 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een “mammareductie, ptosiscorrectie enkel- of dubbelzijdig”. Gelet op de verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 28 juli 2025, in combinatie met de stellingen van verzoekster, gaat de commissie voor het vervolg ervan uit dat verzoekster haar beide borsten wil laten verkleinen.

Een dubbelzijdige borstverkleining is verzekerde zorg en komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking als een verzekeringsindicatie aanwezig is in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.4, eerste lid, onder b, Bzv. De voorwaarden voor vergoeding zijn verder uitgewerkt in de VAV Werkwijzer. Deze wordt door alle betrokken partijen, waaronder het Zorginstituut, als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.

- 7.3. In de VAV Werkwijzer is bepaald dat vergoeding van een dubbelzijdige borstverkleining mogelijk is indien wordt voldaan aan de volgende criteria:
 - (i) cup E of groter (cup D bij geringe lichaamslengte van 1.60m of kleiner), én
 - (ii) geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten, én
 - (iii) conservatieve behandelingen zijn geprobeerd zonder resultaat, of
 - (iv) chronische, onbehandelbare smetten waarbij voldoende hygiënische maatregelen en adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad.

Daarnaast is in de VAV Werkwijzer opgenomen dat doorgaans geen vergoeding mogelijk is bij een BMI hoger dan 30 kg/m².

- 7.4. De commissie stelt vast dat partijen niet van mening verschillen over het feit dat verzoekster voldoet aan voorwaarden (i) en (iii). Verzoekster is namelijk 1.50 meter lang en heeft cupmaat DD of E. Aan de voorwaarde dat de cupmaat groter moet zijn dan D bij een geringe lengte wordt door haar dan ook voldaan. Hetzelfde geldt voor de voorwaarde dat conservatieve behandelingen moeten zijn geprobeerd die geen effect hebben gehad. De behandelend plastisch chirurg heeft in haar verklaring, gedateerd op 28 juli 2025, vermeld dat conservatieve behandelingen, zoals fysiotherapie en het dragen van een aangepaste BH, de neklachten onvoldoende hebben verbeterd. Tot slot staat vast dat niet wordt voldaan aan voorwaarde (iv) aangezien bij verzoekster geen sprake is van onbehandelbare smetten.

De vraag die partijen verdeeld houdt is aldus of in de situatie van verzoekster wordt voldaan voorwaarde (ii) - geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten – in samenhang met het in de VAV Werkwijzer gestelde over de BMI.

- 7.5. Verzoekster ervaart nek- en rugklachten. Uit het definitief advies van het Zorginstituut van 1 december 2025 volgt dat bij een BMI boven de 30 kg/m² en een cupmaat DD of E (zoals bij verzoekster) nek- en rugklachten kunnen worden veroorzaakt door zowel overgewicht als door de borstomvang. Om uit te sluiten dat deze klachten worden veroorzaakt door overgewicht zou verzoekster moeten afvallen tot een BMI onder de 30 kg/m². Bij een BMI onder de 30 kg/m², in combinatie met een te grote cupmaat, wordt verondersteld dat de neklachten door de te grote borstomvang worden veroorzaakt. Het Zorginstituut komt, gelet op het voorgaande, tot de conclusie dat een andere oorzaak van de klachten dan de borstomvang niet is uitgesloten. Dit betekent dat niet, althans niet aantoonbaar, wordt voldaan aan voorwaarde (ii) uit de VAV Werkwijzer. Aangezien verzoekster haar stelling dat verder afvallen voor haar niet mogelijk is enkel heeft onderbouwd met de verklaring dat zij dan nog minder zou moeten eten, en ook de behandelend plastisch chirurg voor die stelling geen inhoudelijke onderbouwing heeft geleverd, neemt de commissie het advies van het Zorginstituut over. Dit betekent dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde dubbelzijdige borstverkleining.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 december 2025,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

B.23 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen);
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemelte spleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij trans vrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel [B.28](#).

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgender personen, is een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het multidisciplinaire genderteam. Het multidisciplinaire genderteam is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van genderincongruentie en werkt structureel met elkaar samen. Binnen dit team moet een ter zake deskundige de regie voeren gedurende het hele behandeltraject.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Wij vergoeden plastische chirurgie alleen als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'. Deze kunt u vinden op vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav. Hier ziet u ook de patiëntenversie.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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