

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie-extirpatie, Tannerstadium
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 202201784
Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 26 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 1 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 december 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 21 december 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022049479) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 december 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft op 8 december 2022 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2023 verklaard via videobellen te willen worden gehoord. De commissie heeft hierop verzoeker opnieuw gevraagd of hij de hoorzitting wenst bij te wonen. Verzoeker heeft op 1 februari 2023 verklaard dat hij bij zijn standpunt blijft om niet te willen worden gehoord.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. De ziektekostenverzekeraar is op 8 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Voorafgaand is de ziektekostenverzekeraar over deze samenstelling schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 15 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 december 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*, Aanvullend Tand*** en Extra Aanvullend Studenten (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoeker heeft last van borstvorming. Hij heeft zich in verband hiermee gewend tot een plastisch chirurg. Deze heeft een gynaecomastie-extirpatie beiderzijds voorgesteld. De plastisch chirurg heeft hiertoe namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 juli 2022 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Bij brief van 21 december 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een gynaecomastie-extirpatie alsnog moet goedkeuren.

4.2. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij voldoet aan de door de ziektekostenverzekeraar genoemde voorwaarden. Er is sprake van een gynaecomastie met een duidelijke feminisatie van de borsten, dat wil zeggen een Tannerstadium van minimaal M4. Dit heeft de behandelend plastisch chirurg hem ook bevestigd. Daarnaast bestaat de gynaecomastie inmiddels langer dan twaalf maanden, en is de BMI van verzoeker onder de 30.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een gynaecomastie-extirpatie alleen wordt vergoed vanuit de zorgverzekering in geval van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Van verminking kan in dit verband worden gesproken bij een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is aan de orde bij ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Daarnaast moet sprake zijn van aangetoond klierweefsel, waarbij geen onderliggende oorzaak bestaat, of waarbij deze reeds is behandeld. Ook moet de gynaecomastie langer bestaan dan twaalf maanden.

De aanvraag is afgewezen, omdat in de situatie van verzoeker niet is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden. Met name betreft het hier geen Tannerstadium M4. Dit laatste omdat de areola (tepelhof) niet verheven of vergroot is en daarmee een mannelijk aspect heeft. Wel is bij verzoeker sprake van vet in de borst, maar niet volgens het ontwikkelpatroon van de Tannercriteria. Verzoeker verwijst naar de Tannerstadia van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. De ziektekostenverzekeraar is echter niet gebonden aan deze criteria, maar aan de criteria die zijn vermeld in de VAV Werkwijzer.

Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de door hem ontvangen foto's van duidelijke kwaliteit zijn zodat geen aanleiding bestond verzoeker op te roepen voor het spreekuur van zijn medisch adviseur.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat geen aanspraak bestaat op een gynaecomastie-extirpatie omdat verzoeker geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis heeft en voorts geen sprake is van verminking.

5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 21 december 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"De behandelend plastisch chirurg geeft aan dat bij verzoeker sprake is van aangetoond klierweefsel. Er is niet gespecificeerd hoe het klierweefsel is aangetoond. Ook is er geen onderliggende oorzaak van de gynaecomastie gevonden, waarbij het eveneens onduidelijk is hoe dit is onderzocht. De gynaecomastie bestaat langer dan 12 maanden en de BMI is lager dan 30.

Voor vergoeding ten laste van de basisverzekering dient sprake te zijn van een verminking: een gynaecomastie, waarbij er sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. De feminisatie van de borst van verzoeker is echter vergelijkbaar met Tannerstadium [M]3. Er is niet zodanig veel vet en klierweefsel in de borst aanwezig, dat de tepelhof een tweede verhoging op de borst wordt. Er is derhalve geen sprake van een verminking in de zin van het Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoeker sprake is van een verminking. Er is geen sprake van een gynaecomastie, waarbij er sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een gynaecomastie extirpatie beiderzijds ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van een gynaecomastie extirpatie beiderzijds ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie 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

- 8.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een gynaecomastie-extirpatie. Voorwaarde om voor (vergoeding van) een dergelijke behandeling in aanmerking te komen is dat sprake moet zijn van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Dit volgt uit hetgeen is bepaald in artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemde bepaling vormt een uitwerking van de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv.

- 8.3. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gesproken bij ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Gesteld noch gebleken is dat zodanige pijnklachten bij verzoeker aan de orde zijn. Ook anderszins is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat bij hem een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering, bestaat. Dit leidt tot de conclusie dat bij verzoeker geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig is.
- 8.4. Bij de beantwoording van de vraag of sprake is van 'verminking' hanteert de commissie als uitgangspunt de criteria zoals genoemd in de 'Werkwijzer beoordelingen van plastisch-chirurgische aard (de VAV-werkwijzer, versie 2019)'. Uit deze werkwijzer blijkt dat in geval van een gynaecomastie gesproken kan worden van verminking als sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Door verzoeker is, onder verwijzing van een verklaring van zijn behandelend plastisch chirurg, gesteld dat dit bij hem aan de orde is. De ziektekostenverzekeraar heeft dit laatste bestreden. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 21 december 2022 geconcludeerd dat bij verzoeker weliswaar sprake is van een gynaecomastie, maar dat uit de overgelegde foto's niet blijkt van Tannerstadium M4 of meer. In dit verband is toegelicht dat er niet zodanig veel vet (of klierweefsel) in de borst aanwezig is dat de areola (de tepelhof) een tweede verhoging op de borst wordt. Aldus is niet voldaan aan de voorwaarde voor verminking. Het Zorginstituut concludeert dat bij verzoeker een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking ontbreekt, en adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in hetgeen door verzoeker is aangevoerd geen aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van een gynaecomastie-extirpatie ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2023,

A.I.M. van Mierlo

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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 verslapd 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 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.

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarden voor het recht op deze zorg

1. Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen voor de transplantatie. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner.
2. Voor het vervoer van de donor moeten wij u toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54.

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 Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

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;
- 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 verslakte 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 transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (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.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

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) borstampuatie 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?](#)