

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500991

## Partijen

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

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 3 juni 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 1 september 2025 heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie gewijzigd. Op 23 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 19 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 november 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 18 december 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025027376) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 december 2025 aan partijen gezonden. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 6 januari 2026 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.5. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster door de commissie in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie over te leggen met betrekking tot haar bewegingsbeperking. Bij e-mailberichten van 17 februari 2026 heeft verzoekster de commissie deze informatie toegestuurd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 13 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting, alsmede afschriften van de stukken van 6 januari 2026, 17 februari 2026 en 13 maart 2026, zijn op 16 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 december 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 25 maart 2026 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 basis van de Univé Zorg Uitgebreid polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Goed, Tand Best en Overgangsregeling orthodontie Tand Best (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Op 12 december 2024 is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een in het ZAS Middelheim te Antwerpen (België) uit te voeren buikwandcorrectie. Bij brief van 21 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 2.3. Op 25 mei 2025 heeft verzoekster in het ziekenhuis in Antwerpen de aangevraagde buikwandcorrectie laten uitvoeren.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 26 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 18 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

## 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Antwerpen uitgevoerde buikwandcorrectie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster voert aan dat zij als gevolg van sikkelcelanemie en vier zwangerschappen kampte met een zeer slappe buikwand met huidoverschot. Dit huidoverschot resulteerde in plooivorming en een forse rectusdiastase. Begin januari 2025 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een in Antwerpen uit te voeren buikwandcorrectie. Op deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afwijzend beslist. Een duidelijke reden werd hierbij niet gegeven. Wel diende verzoekster foto's op te sturen. Het verzoek daartoe heeft erin geresulteerd dat verzoekster en de ziektekostenverzekeraar uitvoerig met elkaar hebben gecorrespondeerd omdat zowel het opvragen van foto's, de manier waarop deze foto's moesten worden gestuurd en de wijze waarop de foto's uiteindelijk zijn verwerkt in strijd is met de beginselen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Over deze punten wilde verzoekster aanvankelijk van de commissie een uitspraak, maar later heeft zij in overleg met haar gemachtigde besloten een en ander bij de Autoriteit Persoonsgegevens voor te leggen.
- 3.3. Van de commissie wenst verzoekster thans een uitspraak of de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de ingediende aanvraag mocht beslissen. Voor verzoekster is het namelijk onduidelijk op welke grond de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde buikwandcorrectie niet wil vergoeden, aangezien door hem alleen is verwezen naar de Werkwijzer van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (VAV Werkwijzer). Daarnaast wordt door de ziektekostenverzekeraar in alle brieven die verzoekster heeft ontvangen niet ingegaan op de argumenten die de huisarts en de behandelend plastisch chirurg hebben aangedragen. Beide specialisten hebben verklaard dat een buikwandcorrectie bij verzoekster medisch noodzakelijk is. Later heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch toegelicht dat de aanvraag is afgewezen omdat bij verzoekster sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 2 in plaats van graad 3, maar deze afwijsggrond wordt in de brieven nergens

genoemd. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar verzuimd verzoekster te wijzen op de bezwaar- en beroepsmogelijkheden.

- 3.4. Verzoekster heeft in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut bij e-mailbericht van 6 januari 2026 aangevoerd dat ook het Zorginstituut uit de verklaring van de plastisch chirurg van 4 maart 2025 heeft opgemaakt dat bij haar geen sprake was van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvraag direct had moeten afwijzen. In plaats daarvan heeft hij maandenlang verzocht om foto's, terwijl van meet af aan vast stond dat niet werd voldaan aan de voorwaarden. Door de aanvraag pas kort voor de ingreep definitief af te wijzen is verzoekster in een onmogelijke positie gebracht: de aanbatalingen voor de operatie waren al gedaan en er was geen tijd meer om te zoeken naar een alternatief. Verder heeft het Zorginstituut zich bij zijn conclusie uitsluitend gebaseerd op de criteria uit de VAV Werkwijzer en onvoldoende ruimte gelaten voor de individuele medische context. Zo wordt gesteld dat rugklachten geen indicatie zijn, maar bij een patiënt met poliomyelitis, een korter verlamd been en een lordose, is de buikwand essentieel voor de rompstabiliteit. Het gebrek aan expertise op het terrein van polio blijkt uit het feit dat de huidige standaardrichtlijnen niet toereikend zijn voor de specifieke biomechanica van verzoekster. Zonder de stabiliteit van de buikwand is rolstoelafhankelijkheid op korte termijn onvermijdelijk. Met de ingreep is dus een directe lichamelijke functiestoornis hersteld.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de indertijd gedane aanvraag voor de buikwandcorrectie puur cosmetisch heeft beoordeeld. Verzoekster heeft ruim 20 uren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar waarin zij heeft verklaard dat de aangevraagde buikwandcorrectie allesbehalve cosmetisch is. Zo kampt verzoekster niet alleen met polio, maar ook met slijtage aan de knieën en heupluxatie, wat ertoe leidt dat bij haar een ernstige bewegingsbeperking aan de orde is. Met andere woorden: bij verzoekster is sprake van een objectief vastgestelde neurologisch-functionele stoornis waarvoor geen conservatieve behandelingen bestaan. In situaties als die van verzoekster zijn de criteria uit de VAV Werkwijzer niet toereikend. Deze zijn uitsluitend gericht op cosmetisch herstel. Om die reden dient een individuele beoordeling plaats te vinden. Een dergelijke beoordeling heeft door de ziektekostenverzekeraar nooit plaatsgevonden.
- 3.6. Na afloop van de zitting heeft verzoekster bij e-mailberichten van 17 februari 2026 onder meer een CT-scan, een brief van de huisarts, een verzekeringsgeneeskundige rapportage van het UWV, en revalidatiedeskundige bevindingen overgelegd. In deze stukken wordt bevestigd dat verzoekster het post-polio syndroom heeft, wat leidt tot structurele beperkingen. Strikte toepassing van de criteria uit de VAV Werkwijzer leidt tot een onvolledige beoordeling van de daadwerkelijke functiestoornis.

#### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aangevraagde buikwandcorrectie niet wordt vergoed. Hij heeft hierbij in zijn brief van 19 november 2025 toegelicht dat een buikwandcorrectie een behandeling van plastisch chirurgische aard betreft. Een dergelijke behandeling komt alleen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. De voorwaarden hiervoor zijn nader uitgewerkt in de VAV Werkwijzer. Er is sprake van verminking bij een buikwand die in ernst te vergelijken is met een derdegraads brandwond, of een ernstige huid- of contourafwijking. Voor de beoordeling van een ernstige huid- of contourafwijking wordt gebruik gemaakt van de Pittsburgh Rating Scale. Bij graad 3 kan worden gesproken van verminking. Er bestaat een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bij onhandelbaar smetten in de huidplooiën of een ernstige bewegingsbeperking. Voor een ernstige bewegingsbeperking moet het

huidoverschot van de buik minimaal een kwart van de bovenbenen bedekken.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat het enkele gegeven dat een arts een medische indicatie stelt op basis van lichamelijk onderzoek niet betekent dat sprake is van een verzekeringsindicatie onder de zorgverzekering. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of een verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding van de aangevraagde behandeling.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de overgelegde stukken beoordeeld en is, als gezegd, tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster vóór de ingreep geen sprake was van verminking volgens de Pittsburgh Rating Scale-classificatie. In het verslag van de behandelend arts, gedateerd 4 maart 2025, wordt bevestigd dat niet kan worden gesproken van Pittsburgh Rating Scale graad 3, maar dat in het geval van verzoekster sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 2. De bijgevoegde foto's ondersteunen de bevindingen van de behandelend arts.

Evenmin is komen vast te staan dat bij verzoekster een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de VAV Werkwijzer aanwezig was. Zo bestond vóór de operatie geen ernstige bewegingsbeperking en/of chronisch onhandelbaar smetten. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar merkt daarover het volgende op: *“Op basis van de door de specialist aangeleverde informatie en foto's voldoet verzekerde niet aan deze voorwaarden. Namelijk er is geen sprake van een verminking conform Pittsburgh schaal 3, geen onbehandelbare smetten in de plooi en de overhang vormt geen ernstige bewegingsbeperking en bedekt niet voor een kwart de bovenbenen.”* De behandelend arts benoemt in zijn verslag van 4 maart 2025 ook niet dat er sprake is van onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking waarbij de buikschort minimaal een kwart van de lengtes van de bovenbenen bedekt.

In het medisch verslag stelt de behandelend arts dat verzoekster, als gevolg van een extreem slappe buikwand, rugklachten ervaart. Deze klachten zouden volgens hem het gevolg zijn van een verstoorde lichaamshouding en verminderde core-stabiliteit, waardoor zij bovendien niet in staat is buikspieroefeningen uit te voeren. Volgens de VAV Werkwijzer worden rugklachten echter expliciet uitgesloten. Rugklachten vormen daarmee geen verzekeringsindicatie in het kader van een ernstige bewegingsbeperking.

- 4.3. Verzoekster stelt verder dat zij niet is geïnformeerd over de mogelijkheid tot het indienen van bezwaar of het instellen van beroep, hetgeen volgens haar in strijd is met het zorgvuldigheidsbeginsel. Ten aanzien van deze stelling voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij al in de eerste afwijzingsbrief van 21 januari 2025 uitdrukkelijk heeft gewezen op de mogelijkheid om een klacht in te dienen. In de brief van 7 februari 2025 is verzoekster opnieuw geïnformeerd over de mogelijkheid om contact op te nemen met de klachtenafdeling. Daarnaast is in de brief van 21 mei 2025 verwezen naar SKGZ als externe instantie waar de klacht aanhangig kan worden gemaakt. Op basis van het voorgaande kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster niet op de hoogte is gebracht van de geldende procedures.

- 4.4. Voorts stelt verzoekster dat de langdurige behandeling van de klacht het aanvraagproces heeft verstoord. Zij vermeldt in dit verband dat zij op 25 mei 2025 is geopereerd en de kosten van de ingreep en bijkomende uitgaven ter hoogte van € 6.000,- uit noodzaak zelf moest voldoen. Met betrekking hiertoe geldt dat verzoekster op 12 december 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend. Omdat essentiële gegevens ontbraken, die nodig waren voor een inhoudelijke beoordeling, is verzoekster op 24 december 2024 verzocht aanvullende informatie over te leggen. Ondanks dit verzoek heeft zij de gevraagde informatie niet opgestuurd. Om die reden is de aanvraag op 21 januari 2025 afgewezen. Dit besluit is op 7 februari 2025 aan verzoekster bevestigd. Bij brief van 17 maart 2025 is opnieuw aan verzoekster te kennen gegeven dat de aanvraag onvolledig is en dat de ziektekostenverzekeraar, zonder ontvangst van de ontbrekende informatie, geen inhoudelijke beoordeling kan uitvoeren. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar op 26 maart 2025 het gevraagde ontvangen. Door een handmatige fout is de ontvangen informatie echter niet direct ter verwerking aangeboden, waardoor de inhoudelijke

beoordeling later plaatsvond dan gebruikelijk. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan. Een en ander neemt niet weg dat verzoekster bij brief van 25 april 2025 door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd dat zij niet voldoet aan de voorwaarden om voor vergoeding van een buikwandcorrectie in aanmerking te komen. Dit betekent dat zij ruim vóór de datum van de operatie op de hoogte was van het feit dat de kosten niet door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Voordien heeft de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze de indruk gewekt dat deze kosten wél zouden worden vergoed.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat in de eerste aanvraag geen verwijzing stond naar de graad volgens Pittsburgh Rating Scale. Daarom kon de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag niet goed beoordelen en zijn bij verzoekster foto's opgevraagd. De verklaring van de behandelend plastisch chirurg, die op 4 maart 2025 is opgemaakt, is door de ziektekostenverzekeraar pas op 26 maart 2025 ontvangen. Hierbij zaten voor het eerst foto's en een beschrijving dat de buik van verzoekster vergelijkbaar is met Pittsburgh Rating Scale graad 2. Op basis van deze informatie is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een buikwandcorrectie. Hoewel er zeker begrip bestaat voor de situatie waarin verzoekster verkeert, heeft de ziektekostenverzekeraar de taak te beoordelen of het gevraagde ook ten laste van de zorgverzekering mag worden vergoed.
- 4.6. In reactie op de na afloop van de hoorzitting door verzoekster toegezonden stukken heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 maart 2026 verwezen naar zijn eerder ingenomen standpunt.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 18 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### *“Beoordeling zonder fotomateriaal*

*Voor vergoeding van [een] abdominoplastiek ten laste van de basisverzekering dient sprake te zijn van een verminking dan wel van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Beoordeling van de aanwezigheid van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis vindt in beginsel mede plaats aan de hand van door een behandelaar verstrekte foto's van het onderlichaam. Deze foto's ontbreken in het dossier.*

*Naar aanleiding van de aanvraag van verzoekster heeft verweerder foto's opgevraagd om de aanvraag te beoordelen. Dit verzoek heeft erin geresulteerd dat verzoekster en verweerder uitvoerig met elkaar hebben gecorrespondeerd, aangezien verzoekster zich op het standpunt stelt dat het opvragen van foto's, de wijze waarop deze dienden te worden aangeleverd en de verwerking daarvan in strijd zijn met de beginselen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Aanvankelijk verzocht verzoekster de commissie hierover een uitspraak te doen, maar later is besloten deze kwestie voor te leggen aan de Autoriteit Persoonsgegevens.*

*Het Zorginstituut gaat ervan uit dat verzoekster geen foto's ter beoordeling wenst aan te leveren bij SKGZ. Het Zorginstituut heeft de indicatiestelling voor [een] abdominoplastiek daarom beoordeeld op basis van de door de behandelend arts verstrekte medische informatie. Indien verzoekster alsnog foto's aan het dossier wenst toe te voegen, kunnen deze door het Zorginstituut worden betrokken bij de beoordeling in het stadium van het definitief advies.*

### *Verminking*

*De behandelend arts geeft [aan] in de brief van 4 maart 2025 aan, dat met betrekking tot de buik sprake is van PRS graad 2. Van een verminking in de zin van de regelgeving is echter sprake bij PRS*

*graad 3. De behandelend arts heeft verder niet onderbouwd dat bij verzoekster sprake is van een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Door het ontbreken van foto's in het dossier kan het Zorginstituut dit ook niet vaststellen.*

#### Lichamelijke functiestoornis

*Uit hetzelfde verslag van [de] behandelend arts blijkt niet dat er sprake is van onbehandelbaar smetten, of een [enige] bewegingsbeperking. Door het ontbreken van de foto's kan niet worden vastgesteld, of in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt.*

#### Rugklachten en psychisch lijden

*Als redenen voor de aanvraag worden rugklachten en psychisch lijden genoemd. Psychische klachten kunnen geen aanspraak geven op vergoeding. Vergoeding kan alleen plaatsvinden wanneer er sprake is van een 'lichamelijke functiestoornis'. Psychische klachten zijn daarmee uitgesloten door de wetgever als grond voor vergoeding vanuit de Zvw. Ook rugklachten zijn, gelet op de VAV werkwijzer, geen (verzekerings)indicatie voor [een] abdominoplastiek.*

#### **Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat bij verzoekster sprake is van een verminking of lichamelijke functiestoornis. Verzoekster heeft daarom geen (verzekerings)indicatie voor [een] abdominoplastiek en kan geen aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering.*

#### **Advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van [een] abdominoplastiek 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 10 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 alsmede die uit Verordening (EG) nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te 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. In het onderhavige geval heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt omdat bij haar een verzekeringsindicatie ontbreekt. Gelet op hetgeen onder (i) is vermeld en het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, zal de

commissie eerst nagaan of de aangevraagde buikwandcorrectie terecht op deze grond werd geweigerd.

### *Zorgverzekering*

- 7.3. Een buikwandcorrectie is een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie wordt beperkt vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat. De in dat verband toepasselijke voorwaarden staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel 21 van voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is uitgewerkt in de VAV Werkwijzer. De VAV Werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 7.4. Volgens de regelgeving is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als iemand ernstige lichamelijke klachten heeft. Diegene wordt hierbij sterk beperkt in de activiteiten van het dagelijks leven. In het geval van een buikwandcorrectie geldt dat de overhangende huid van de buik meer dan een kwart van de lengte-as van het bovenbeen moet bedekken om te kunnen spreken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De commissie tekent hierbij aan dat in 2006 de buikwandcorrectie door de wetgever nog expliciet was uitgesloten. Met ingang van 2007 is dit aangepast, waarbij voornoemde eis in de toelichting bij de wijziging van de Rzv is opgenomen. Hoe de overhang wordt gemeten, staat beschreven in de VAV Werkwijzer. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan bij chronisch onbehandelbare smetten. Het moet gaan om smetten die er altijd zijn en die niet genezen. Een operatie is dan nog de enige oplossing. Voordat een buikwandcorrectie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering, moet bij de behandeling van smetten de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' zijn gevolgd. Van onbehandelbaar smetten is bij verzoekster geen sprake, althans hiervan blijkt niet uit de overgelegde stukken.
- 7.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar als puur cosmetisch is behandeld, zonder na te gaan of bij haar een ernstige bewegingsbeperking bestaat. Hierbij heeft zij verwezen naar haar medische situatie met poliomyelitis in de voorgeschiedenis en toegelicht waarom rompstabiliteit voor haar extra belangrijk is. De commissie begrijpt waarom verzoekster onder deze omstandigheden een buikwandcorrectie heeft laten uitvoeren. Echter, de commissie neemt ten aanzien van de beoordeling van de specifieke situatie van verzoekster in zijn oordeel mee dat de wetgever de buikwandcorrectie in 2007 enkel onder zeer strikte voorwaarden onder de te verzekeren prestaties heeft gebracht. Na afloop van de zitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld aan te tonen dat zij aan deze voorwaarden voldoet. Zij heeft daartoe verschillende medische stukken en verklaringen overgelegd. Gelet op de wettelijke adviestaak is deze nagekomen informatie doorgestuurd naar het Zorginstituut. Bij brief van 25 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat een en ander niet ertoe leidt dat het voorlopig advies aanpassing behoeft. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over, en oordeelt dat de klachten van verzoekster – waar zij begrijpelijkerwijs veel last van heeft –, niet kunnen worden aangemerkt als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de wet- en regelgeving.
- 7.6. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat. Daarbij kan worden gedacht aan misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van een

borstampuatie. In dit verband kan verminking daarnaast aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. De behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat bij verzoekster sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 2. Van verminking van de buikwand anderszins – dat wil zeggen van een ernst die vergelijkbaar is met een derdegraads brandwond - wordt door de arts geen melding gemaakt.

De commissie overweegt in dit kader dat bij de beoordeling van de huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale gebruik wordt gemaakt van een beschrijvende tekst en daarmee in samenhang te beschouwen voorbeeldfoto's. Indien verzoekster van mening zou zijn dat de behandelend plastisch chirurg haar situatie op dit punt verkeerd heeft ingeschat, lag het op haar weg dit aan te tonen, met name door overlegging van foto's. Er zijn echter noch foto's overgelegd, noch is anderszins gebleken dat vóór de ingreep werd voldaan aan de voorwaarde van verminking. Psychische klachten vormen in dit kader geen verzekeringsindicatie voor een buikwandcorrectie. Daarom concludeert de commissie dat de aanvraag die verzoekster deed niet voldoet aan de in het bovenstaande kader toepasselijke voorwaarden. Dit wordt ook zo onderschreven in het definitieve advies van het Zorginstituut van 25 maart 2026, met verwijzing naar het voorlopig advies van 18 december 2025.

- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering. Hieruit volgt dat de toestemming op basis van de verordening terecht werd geweigerd.
- 7.8. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissingen niet heeft gemotiveerd. De commissie is het met verzoekster eens dat de reden van afwijzing slechts summier staat beschreven. Blijkens de aanvraag was de behandelend plastisch chirurg bekend met de voorwaarden waaronder vergoeding zou kunnen plaatsvinden. Ten tijde van het indienen was voor de arts, en ook voor verzoekster, al duidelijk dat aan de voorwaarden voor verminking dan wel een lichamelijke functiestoornis zoals uitgewerkt in de VAV Werkwijzer niet werd voldaan. In vervolg op de eerste afwijzing is verzoekster in de gelegenheid gesteld het tegendeel aan te tonen, hetgeen heeft geleid tot een uitvoerige correspondentie, maar dit gaf – naar het oordeel van de commissie – terecht geen aanleiding om tot een andere uitkomst te komen.
- 7.9. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd de bezwaar- en beroepsmogelijkheden te vermelden treft geen doel naar het oordeel van de commissie. De ziektekostenverzekeraar is geen bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht en zijn afwijzende beslissing is geen besluit waartegen de mogelijkheden van bezwaar en beroep open staan. Gelet op artikel 114 Zvw geldt als uitgangspunt dat de zorgverzekeraar om heroverweging van een zodanige beslissing kan worden gevraagd. Vervolgens kan betrokkene zich wenden tot de bevoegde rechter of de in de bepaling genoemde onafhankelijke geschilleninstantie. In de brief van 26 mei 2025 wordt verwezen naar SKGZ als verzoekster het niet eens is met de genomen beslissing, waarmee helderheid werd verschaft over die mogelijkheid om de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar aan te vechten.

*Slotson*

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

**8. Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 mei 2026,

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

## Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie (restitutie)

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, als 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. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
  - Afwezigheid van een inframammairplooi (plooi onder de borst) en;
  - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

### Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

### Dit is niet verzekerd

- a. Behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Epilatie (ontharen) bij transgenderzorg mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

### Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet een toelichting van uw behandelend medisch specialist worden meegestuurd. U heeft geen toestemming nodig voor een primaire of secundaire borstreconstructie (een eerste hersteloperatie van de borst) na borstkanker. U heeft wel toestemming nodig voor een tertiaire borstreconstructie

na borstkanker. Een tertiaire borstreconstructie is een tweede hersteloperatie aan dezelfde borst. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen (restitutie)

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

De zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. Het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. De in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. Het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. Het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, dan komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor:

- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven nadat de periode bedoeld onder d is verstreken.
- Vervoer van een donor zoals omschreven onder e en f als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten.

Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

## Artikel 23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg (restitutie)

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is multidisciplinaire zorg in verband met een visuele, auditieve of communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

---

# 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.