

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202300901

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de ingediende aanvraag voor behandeling van een post-massive weight loss pseudo-gynaecomastie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.  
De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat bij verzoeker geen sprake is van aangetoond klierweefsel. Voor de behandeling van de aanwezige pseudo-gynaecomastie ontbreekt een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
- 1.2. De commissie overweegt dat volgens vaste jurisprudentie van de commissie de laatste aanvraag leidend is voor de beoordeling. Dit betreft de aanvraag voor een gynaecomastie-extirpatie. Op deze ingreep heeft verzoeker geen aanspraak, omdat bij hem geen klierweefsel aanwezig is. Bij een pseudo-gynaecomastie is geen sprake van een onderliggende ziekte of aandoening. Iedere behandeling hiervan valt om die reden niet onder de dekking van de zorgverzekering. Het verzoek wordt daarom afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 27 november 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 december 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 11 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 januari 2024 aan verzoeker gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 12 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024002145) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 februari 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 maart 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 31 maart 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 12 februari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 april 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend WENB-WWb\*\*\* en Aanvullend Tand\*\* (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Namens verzoeker is eind 2022 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het uitvoeren van een mammarreconstructie door middel van een LD-flap. Bij brief van 22 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat het behandelplan en de indicatie niet met elkaar overeenkomen. Geadviseerd werd een nieuwe aanvraag in te dienen. In vervolg hierop is op 31 januari 2023 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag ingediend, ditmaal voor een gynaecomastie-extirpatie. Bij brief van 1 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat bij verzoeker geen sprake is van klierweefsel. Na correspondentie met verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar voornoemde beslissing verschillende keren heroverwogen. De uitkomst hiervan is bij brieven van 6 maart 2023 en 4 april 2023 aan verzoeker kenbaar gemaakt.
- 3.3. Bij brief van 17 juli 2023 heeft de behandelend plastisch chirurg het volgende over verzoeker verklaard:

*"Hieronder zet ik uiteen waarom een post-massive weight loss pseudo-gynaecomastie een verminking is in de zin van de thans vigerende wet- en regelgeving en dat vwb het openen van DBC's hiervoor aangesloten dient te worden bij de reeds bestaande DBC's voor de reconstructie van de vrouwelijke borst.*

*Pseudo-gynaecomastie verwijst naar de abnormale vergroting van de mannelijke borst als gevolg van een ophoping van vetweefsel, in plaats van een toename van klierweefsel zoals bij echte gynaecomastie. Bij bariatrische patiënten kan pseudo-gynaecomastie voorkomen als gevolg van gewichtsverlies na een maagverkleiningsoperatie.*

*De mate van ernst van deze post-massive weight loss verminking is in veel gevallen vergelijkbaar met de M4/M5 stadia van de Tanner schaal ter beoordeling van gynaecomastie.*

*Veel patiënten die, komende van een obesitas klasse 2/3, die mbv een maagverkleinende operatie (of soms zelfs op eigen kracht door life style changes) zijn afgevallen komen niet onder de in de richtlijn aangegeven BMI van 30. Bij bijv de lower bodylift indicatie is dan ook sprake dat een patiënt een BMI van 35 of lager moet hebben.*

*Chirurgische verwijdering van overtollig huid- en klierweefsel in combinatie met liposuctie van het resterende vetweefsel is nodig ter reconstructie van deze verminking.*

*Voor de behandeling van post-massive weight loss pseudo-gynaecomastie is geen specifieke Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) gedefinieerd daar de post-massive weight loss bodycontouring chirurgie pas na de totstandkoming van de DBC systematiek opgekomen is.*

*Gezien de aard en grootte van de ingreep lijkt het derhalve aangewezen aan te sluiten bij de DBC's die reeds voor de reconstructie van de vrouwelijke borst ontwikkeld zijn. In dat licht is het redelijk dat voor een reconstructie van de mannelijke borst contour per zijde de DBC 224 geopend kan worden.*

*Kortom post massive weight loss pseudo gynaecomastie is een verminking die ontstaan is door de behandeling van een chronische ziekte, Obesitas klasse 2/3 (En in veel gevallen daarbij ook een chirurgische interventie. Zie hieronder:*

*Het Besluit zorgverzekering art. 2.4, eerste lid, sub b bepaalt dat 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;*

*De eis van een BMI onder de 30 is irreëel en dient derhalve, ook in het licht van de criteria voor een andere post massive weight loss bodycontouring operatie als de lower bodylift, naar gelijk aan of onder de 35 worden aangepast. Daar de grootte en zwaarte van de operatie ter reconstructie van de verminking aan de mannelijke borst dient aangesloten te worden bij een vergelijkbare ingreep bij de vrouw. De DBC die hiervoor geopend zou moeten worden is derhalve de 224 per kant."*

- 3.4. Op 27 november 2023 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag ingediend voor een gynaecomastie-extirpatie. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar niet inhoudelijk beoordeeld omdat de klacht al was aangebracht bij de commissie.
- 3.5. Bij brief van 12 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 2 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie verklaard dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de ingediende aanvraag voor behandeling van een post-massive weight loss pseudo-gynaecomastie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker licht toe dat hij op enig moment ongeveer 178 kilo woog. Omdat meerdere diëten niet het gewenste effect hadden, heeft verzoeker vanaf 2016 zowel een maagverkleining als een SADI-S (halvering dunne darm) laten uitvoeren. Deze ingrepen hebben geleid tot een gewichtsverlies van bijna 100 kilo. Het afvalproces heeft echter een aantal negatieve effecten met zich gebracht. Zo kreeg verzoeker veel last van overhang van overtollig vel. Door middel van een lower bodylift en buikwandcorrectie is al veel hersteld. Het thans nog aanwezige overhangend vel rond de borstkas veroorzaakt smetplekken, in verband waarmee verzoeker zichzelf in de zomermaanden tot drie per dag wast en insmeert met crèmes.  
Namens verzoeker zijn bij de ziektekostenverzekeraar verschillende aanvragen voor behandeling hiervan ingediend, die echter alle zijn afgewezen. De laatste keer heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat geen sprake is van aangetoond klierweefsel. Met betrekking hiertoe geldt dat dit bij slechts 10% van de mannelijke verzekerden voor komt. Ook het argument dat sprake moet zijn van onbehandelbaar smetten komt bijna nooit voor. Bij de gehele beoordeling door de ziektekostenverzekeraar mist verzoeker de menselijke

maat. De ziektekostenverzekeraar dient rekening te houden met het algehele plaatje en maatwerk te leveren.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het hem met name stoort dat de ziektekostenverzekeraar alleen kijkt naar de regels en dan de conclusie trekt dat de ingreep niet wordt vergoed. Verzoeker had meer maatwerk verwacht. Als dan naar de voorwaarden wordt gekeken dan kunnen ook die op meerdere manieren worden uitgelegd. Volgens de regels is geen sprake van verminking, maar verzoeker ziet dit anders als hij naar zichzelf in de spiegel kijkt. Wat de ziektekostenverzekeraar ook niet lijkt te hebben meegenomen bij zijn beslissing is dat hij hem door af te vallen veel geld heeft bespaard. Toen verzoeker nog een hoog gewicht had, kampte hij vaak met gezondheidsklachten. Deze klachten zijn sinds het afvalproces verleden tijd. Verzoeker heeft met de plastisch chirurg telkens overleg gehad welke ingreep moest worden aangevraagd. Dit omdat er eigenlijk geen geschikte ingreep en declaratiecode bestaan.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij verschillende aanvragen ten behoeve van verzoeker heeft ontvangen, te weten:

- op 24 oktober 2022: een mamma-reconstructie d.m.v. LD-flap, zonder prothese;
- op 20 december 2022: een mamma-reconstructie d.m.v. LD-flap, zonder prothese;
- op 31 januari 2023: een gynaecomastie-extirpatie;
- op 27 november 2023: een gynaecomastie-extirpatie.

In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar contact gehad met de plastisch chirurg van verzoeker. Hieruit is naar voren gekomen dat de aanvraag moet worden beoordeeld aan de hand van de algemene criteria van verminking. De door de plastische chirurg genoemde score volgens de Pittsburgh Rating Scale is dan ook niet relevant. De door verzoeker overgelegde foto's zijn door de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar unaniem beoordeeld als niet-verminkend. Het beeld van overtollige huid rondom de mannelijke borst komt veelvuldig voor in Nederland en kan niet worden gezien als een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel, zoals bedoeld in de wet- en regelgeving.

- 5.2. De zorgaanbieder verwijst naar de criteria die zijn gesteld voor vergoeding van een gynaecomastie-extirpatie. Volgens de ziektekostenverzekeraar is echter sprake van pseudo-gynaecomastie, wat door de behandelend plastisch chirurg wordt bevestigd. Bij pseudo-gynaecomastie is geen vergoeding mogelijk omdat hierbij geen sprake is van een ziekte of aandoening, zoals bedoeld in de Zvw. Het beeld wordt niet als verminkend beschouwd en er is geen sprake van feminisatie van de borsten. De tepels en areola zijn niet verheven of vergroot en hebben een mannelijk aspect. Er kan dan ook niet gesproken worden van feminiserende borstvorming vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. De conclusie is dan ook dat bij verzoeker een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking ontbreekt.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de regelgeving voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard erg streng is. Pas als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking kan een behandeling worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar deelt het standpunt van verzoeker dat voor de gewenste ingreep geen geschikte declaratiecode bestaat. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar ook contact gehad met de behandelend plastisch chirurg. Hieruit is naar voren gekomen dat de aanvraag moet worden beoordeeld aan de hand van de algemene criteria. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat bij verzoeker een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking ontbreekt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar bekeken of een eventuele coulancevergoeding mogelijk is. Dit bleek, gelet op de hoge mate van precedentwerking, niet mogelijk. Voor zover verzoeker een beroep doet op substitutie geldt dat dit niet mogelijk is. Wel verzekerde zorg kan niet worden weggestreept door niet verzekerde zorg.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 12 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Het huidoverschot is het restant van het forse afvallen (100 kg). Verzoeker heeft vijf duidelijke foto's aangeleverd van de thorax; in zijaanzicht links en rechts, in sagittaal vooraanzicht links en rechts, en in vooraanzicht. Hierop is een naar beneden hangend veloverschot vanuit de borsten zichtbaar.*

*Er is bij verzoeker geen sprake van gynaecomastie, aangezien er geen klierweefsel aanwezig is. De indeling van Tanner in stadia 1-5 is hierbij dan ook niet van toepassing, in tegenstelling tot wat de eerste plastisch chirurg aangeeft in het verslag. De behandeling van de bij verzoeker aanwezige pseudogynaecomastie komt in beginsel niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Dit komt omdat bij pseudogynaecomastie geen sprake is van een ziekte of aandoening.*

*De genoemde arts geeft in eerder aangeleverde documenten aan, dat sprake zou zijn van een ernstige verminking van de mammae van Pittsburgh Rating Scale graad 3. De Pittsburgh Rating Scale is echter niet ontwikkeld voor de beoordeling van verminking, maar voor gebruik bij de preoperatieve planning van de juiste chirurgische behandeling en het evalueren van de resultaten. De Pittsburgh Rating Scale kan als hulpmiddel worden gebruikt bij de beoordeling van een aanvraag van bijvoorbeeld een lower bodylift.*

*Daarnaast merkt het Zorginstituut nog op dat bij verzoeker alleen sprake kan zijn van een mogelijke indicatie voor dermolipectomie (Hoofdstuk 5 van de Werkwijzer). Voor een dermolipectomie gelden de algemene criteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. Er moet sprake zijn van ernstige verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals in het juridisch kader is omschreven. Bij bestudering van de foto's wordt geen verminking gezien zoals wettelijk omschreven. Ook voor een lichamelijke functiestoornis is geen overtuigend bewijs aangeleverd.*

### Conclusie

*Het Zorginstituut concludeert op basis van de beschikbare informatie in het dossier dat bij verzoeker geen sprake is van gynaecomastie omdat er geen klierweefsel aanwezig is. Pseudogynaecomastie komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verder kan opgemerkt worden dat niet is aangetoond dat bij verzoeker sprake is van een ernstige verminking of lichamelijke functiestoornis. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de aangevraagde behandeling ten laste van de basisverzekering.*

### Het advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van een pseudogynaecomastie extirpatie 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 het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en 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 commissie stelt voorop dat zij de wens van verzoeker voor de behandeling van het overtollige vel op zijn borst begrijpt. Dit neemt echter niet weg dat moet worden beoordeeld of de zorgverzekering hiervoor dekking biedt.

Uit de overgelegde stukken blijkt dat door de behandelend plastisch chirurg tussen oktober 2022 en november 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een viertal aanvragen is ingediend.

Volgens vaste jurisprudentie van de commissie is de laatst ingediende aanvraag leidend en zal alleen worden beoordeeld of deze terecht is afgewezen. De laatst ingediende aanvraag dateert van 27 november 2023 en ziet op een gynaecomastie-extirpatie.

- 8.3. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een gynaecomastie-extirpatie. Voorwaarde om hiervoor in aanmerking te komen is dat een (verzekerings)indicatie bestaat. 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.

Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 12 februari 2024, dient in dat verband sprake te zijn van aangetoond klierweefsel. Bij verzoeker is dit niet aan de orde. Het Zorginstituut licht in het advies toe waarom het Tannerstadium en de Pittsburgh Rating Scale in deze zaak geen rol spelen. Korthedshalve wordt hiernaar verwezen.

Verzoeker heeft opgemerkt dat slechts een klein deel van de mannelijke bevolking aan de eis van aangetoond klierweefsel voldoet. Dit gegeven is echter voor de beoordeling niet relevant.

Bij een pseudo-gynaecomastie, zoals in dit geval, is er geen onderliggende ziekte of aandoening zodat elke behandeling hiervan niet tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering behoort. Dit betekent dat het verzoek moet worden afgewezen.

### *Slotsom*

- 8.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 april 2024,

J.W. Heringa

**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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

# A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

## A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

### 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website [zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr](http://zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr);
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

### 1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3.c:BWBR0018715&hoofdstuk=2&paragraaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

### 1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

## A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

### 2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

### 2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

### 2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

### 2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.



### 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 gehemeltespelten;
  - misvormingen van het benig aangezicht;
  - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
  - geboortevlekken of
  - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslachte 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. Bij plastische chirurgie voor transgenders, is een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het genderteam.
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) 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 Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

#### 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 Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) 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 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.