

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa, en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401210

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 28 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 20 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 januari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 24 februari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025001992) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 2 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 april 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 februari 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 14 april 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd waarbij de vraag van de commissie per abuis niet is beantwoord. Bij brief van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut de vraag van de commissie beantwoord. Een kopie van deze brief is op 2 juni 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Hiervan is geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoekster is na een gastric bypass binnen twee jaar 50 kilo afgevallen. Als gevolg hiervan heeft zij last van een huidoverschot op haar buik. De behandelend plastisch chirurg heeft namens

verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een ‘abdominoplastiek inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis’ (hierna: buikwandcorrectie).

- 2.3. Bij brief van 6 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 24 februari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 14 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd waarbij de vraag van de commissie per abuis niet is beantwoord.
- 2.7. Bij brief van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de inmiddels uitgevoerde buikwandcorrectie, eventueel gedeeltelijk, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar brieven van 19 juni 2024 en 28 oktober 2024 verklaard dat zij vóór de operatie blaasklachten had en hiervoor al ruim twee jaar zonder succes onder behandeling was bij een uroloog en een gynaecoloog. Na de operatie zijn haar blaasklachten zo goed als verdwenen. Ook heeft zij geen rugklachten meer. Het huidoverschot belemmerde haar in het werk. Zij kan nu weer goed functioneren. Het voelt voor haar niet rechtvaardig dat zij de kosten van de buikwandcorrectie zelf moet dragen.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij vanwege haar klachten twee jaar lang verschillende specialisten heeft bezocht. Ze heeft verschillende medicatie gebruikt. Zij douchte zichzelf twee keer per dag om te voorkomen dat er smetplekken zijn ontstaan. Als zij dit niet zou hebben gedaan en er plekken zouden ontstaan kwam de operatie wel voor vergoeding in aanmerking. Zij voelt zich na de operatie veel beter, haar klachten zijn vrijwel weg en ze gebruikt geen medicatie meer.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de buikwandcorrectie. Hij heeft hiertoe aangevoerd, in zijn brief van 20 januari 2025, dat een behandeling van plastisch chirurgische aard alleen voor vergoeding in aanmerking komt als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Dit is uitgewerkt in de VAV-werkwijzer. Verminking is aan de orde als het huidoverschot vergelijkbaar is met Pittsburgh Rating Scale graad 3. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Daarnaast is bij haar geen lichamelijke functiestoornis aanwezig omdat niet is gebleken van onbehandelbaar smetten. De zorgverzekeraar heeft bij de behandelend plastisch chirurg informatie over het smetten opgevraagd. Deze heeft de zorgverzekeraar geïnformeerd dat verzoekster de plekken zelf met goede hygiëne, crème en scheurlinnen behandelde. Als er geen behandeling door een arts is ingezet voor de smetplekken kan niet worden gesproken van onbehandelbaar smetten. Er was bij

verzoekster ook geen ernstige bewegingsbeperking aanwezig. Dit kan volgens de VAV-werkwijzer het geval zijn als in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster vóór de ingreep klachten ervoer, maar deze klachten vormen geen verzekeringsindicatie voor vergoeding van een buikwandcorrectie.

- 4.2. Een buikwandcorrectie behoort slechts onder strikte voorwaarden tot het verzekerde pakket. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoekster niet voldoet aan de in dat verband toepasselijke voorwaarden. De dekking van de basisverzekering is dwingendrechtelijk geregeld. Een gedeeltelijke vergoeding is daarom niet mogelijk.
- 4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling nog aangevoerd dat het de taak van de zorgverzekeraar is om te beoordelen of een behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Dit staat los van de vraag of een verzekerde baat heeft bij de operatie. In de situatie van verzoekster heeft de operatie geen cosmetisch doel gehad, maar de voorwaarden zijn hetzelfde. Er is bij verzoekster geen sprake van verminking of een lichamelijke functiestoornis. De zorgverzekeraar begrijpt dat dit voor verzoekster wrang voelt omdat haar klachten grotendeels zijn verdwenen. Het is goed dat verzoekster met haar kennis de smetplekken onder controle heeft weten te houden. Dat betekent ook dat geen sprake is van onbehandelbaar smetten. Dit is pas aan de orde wanneer een specialist is ingeschakeld en ook met behulp van deze specialist de pekken niet onder controle komen. Dit is een hele hoge drempel. Buikklachten vormen geen omstandigheden voor vergoeding. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat een buikwandcorrectie de genoemde klachten kan verhelpen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 24 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzoekster voldoet aan de algemene voorwaarde van een maximale BMI van 35 na een bariatrische ingreep van meer dan 18 maanden geleden. Verzoekster is na de gastric bypass binnen twee jaar 50 kilo afgevallen. Inmiddels is haar gewicht al langer dan 12 maanden stabiel. Zij heeft een BMI van 26,5 kg/m², bij een gewicht 82 kg en een lengte 1,76 m.

Verminking

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat bij verzoekster sprake is van verminking. De aangeleverde foto's van de abdomen en de onderste extremiteit zijn beoordeeld. Op de foto's is niet zichtbaar dat er sprake is van een vet- en huidoverschot van het abdomen vergelijkbaar met Pittsburgh Rating Scale graad 3. Ook is er geen sprake van verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Verzoekster voldoet derhalve niet aan de voorwaarde van verminking.

Lichamelijke functiestoornis

Er is sprake van een lichamelijke functiestoornis in het geval van onbehandelbare smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Op basis van de beschikbare informatie is niet aangetoond dat er bij verzoekster sprake is van onbehandelbaar smetten. Uit de verklaring van de plastisch chirurg blijkt dat verzoekster haar smetplekken zelf behandelt en hierbij voor een goede hygiëne zorgt, door meermaals te douchen, inkloppen met sudocrème en het gebruik van scheurlinnen ter bescherming van de huid. Wel wordt opgemerkt dat in de zomermaanden de klachten erger zijn, verzoekster meer pijn ervaart en er een onaangename geur ontstaat. Uit de beschikbare informatie blijkt echter niet dat er behandeling heeft plaatsgevonden conform de in de VAV Werkwijzer genoemde landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en

behandeling' uit 2004. In deze richtlijn staat onder meer beschreven dat een deskundige geraadpleegd moet worden. Nu uit de beschikbare informatie niet blijkt dat verzoekster conform de geldende richtlijn is behandeld voor haar smetplekken, is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van onbehandelbare smetten. Van een ernstige bewegingsbeperking is sprake als het buikschort minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt. Uit de aangeleverde foto's blijkt niet dat dit bij verzoekster het geval is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van abdominoplastiek inclusief navelreïnsertie en reven fascia ten laste van de basisverzekering. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van deze behandeling ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor vergoeding van abdominoplastiek inclusief navelreïnsertie en reven fascia ten laste van de basisverzekering."

- 5.2. In het definitief advies van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De indicatiecriteria voor vergoeding van een buikwandcorrectie vanuit het basispakket zijn nader uitgewerkt in de VAV-werkwijzer. Hierin is opgenomen dat een buikwandcorrectie alleen voor vergoeding in aanmerking komt als er sprake is van verminking of een lichamelijke functiestoornis. Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij onbehandelbare smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Algemene buik- en blaasklachten vormen geen indicatie voor de vergoeding van een buikwandcorrectie ten laste van de basisverzekering. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat bij verzoekster sprake is van één van de in de VAV-werkwijzer genoemde indicaties voor een buikwandcorrectie. Het Zorginstituut ziet dan ook geen aanleiding het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster heeft verklaard dat de aangevraagde buikwandcorrectie inmiddels is uitgevoerd. De blaas- en rugklachten zijn sinds de behandeling enorm verminderd en zij functioneert beter. Het voelt voor verzoekster niet rechtvaardig dat er niet wordt gekeken naar andere omstandigheden maar alleen naar de voorwaarden. De commissie kan zich het gevoel van verzoekster voorstellen,

maar merkt op dat behandelingen van plastisch chirurgische aard enkel onder hele strenge voorwaarden in de basisverzekering zijn opgenomen.

- 7.3. De uitgevoerde buikwandcorrectie betreft een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. In dat verband gelden specifieke voorwaarden. Deze staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdelen 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.23 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 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), hierna: (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. Algemene buik- en blaasklachten vormen geen indicatie voor de vergoeding van een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Dit wordt door het Zorginstituut bevestigd in zijn definitief advies van 28 mei 2025.
- 7.4. Er is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als iemand ernstige lichamelijke klachten heeft. Betrokkene 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 van het bovenbeen moet bedekken om te kunnen spreken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hoe dit wordt gemeten, staat beschreven in de VAV-werkwijzer. Het Zorginstituut komt in het advies van 24 februari 2025 aan de commissie tot de conclusie dat dit voor de ingreep bij verzoekster niet aan de orde was.

Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan bij chronisch onbehandelbaar 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. Het Zorginstituut concludeert in zijn advies dat bij verzoekster voor de operatie geen sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in deze zin. De behandelend plastisch chirurg heeft in de aanvraag aangegeven dat verzoekster haar smetplekken zelf behandelt met crème en scheurlinnen. In de zomermaanden zijn de klachten erger en heeft verzoekster meer pijn. Er ontstaat dan ook een onaangename geur. Hoewel deze klachten voor verzoekster erg vervelend zijn, blijkt niet dat er behandeling heeft plaatsgevonden conform de landelijke richtlijn en kan niet worden gesproken van chronisch onbehandelbaar smetten, aldus het Zorginstituut. De commissie ziet geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat bij verzoekster destijds geen sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de vorm van onbehandelbaar smetten.

- 7.5. Volgens de regelgeving kan van verminking worden gesproken bij een ernstige misvorming, soms ook met weefseldefecten. Hierbij kan worden gedacht aan misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of geamputeerde borsten. Is de situatie van de buikwand vergelijkbaar met een derdegraads verbranding, dan kan dit worden aangemerkt als verminking. Verminking kan daarnaast aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking. Dit wordt beoordeeld met de Pittsburgh Rating Scale (hierna: PRS). Aan de hand van de tekst en foto's in de VAV-werkwijzer wordt een graad bepaald om de ernst van de situatie te beoordelen. Bij een PRS graad 3 is sprake van verminking. Het Zorginstituut heeft de foto's van verzoekster beoordeeld en komt in zijn advies tot de conclusie dat bij verzoekster eerder geen sprake was van PRS graad 3 zodat niet is voldaan aan het criterium verminking.

Nu verzoekster niet aan de geldende voorwaarden voldoet, in die zin dat er bij haar ten tijde van de aanvraag voor de behandeling noch een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, noch verminking aanwezig was, heeft de zorgverzekeraar deze terecht afgewezen. Omdat geen aanspraak bestaat op de gevraagde buikwandcorrectie is de zorgverzekeraar ook niet tot een gedeeltelijke vergoeding van de kosten daarvan gehouden.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 juli 2025,

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 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

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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 gehemeltespleten, 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.

B.23 Plastische chirurgie

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

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

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

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

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

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

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

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