

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501338

Partijen

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

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 13 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 24 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 november 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 15 januari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025027521) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 januari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld nadere (medische) informatie te sturen over (i) de functionele beperkingen van binnenuit (ontstekingen, littekenweefselvorming en lekkages), (ii) alle beschreven gevolgen van de eerder uitgevoerde operaties, en (iii) waarom het uitvoeren van een volledige buikwandcorrectie noodzakelijk is en niet kan worden volstaan met bijvoorbeeld een mini-abdominoplastiek. Bij e-mailbericht van 6 maart 2026 heeft verzoekster een verklaring van haar chirurg overgelegd van 5 maart 2026. Een afschrift hiervan is op 9 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede een kopie van de reactie van verzoekster van 6 maart 2026 zijn op 10 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 januari 2026 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies in te gaan op (i) de stelling van verzoekster dat volgens haar behandelend chirurgen ook het uitvoeren van een buikwandcorrectie noodzakelijk is om de bestaande klachten als gevolg van de stoma te

verhelpen, en (ii) of bij de beantwoording van deze vraag ook de verklaring van de chirurg van 5 maart 2026 kan worden betrokken. Bij brief van 16 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 april 2026 aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Doorstap en AV Tand Doorstap (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Op 27 januari 2025 is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een abdominoplastiek inclusief navelreinsertie en reven fascia abdominalis (hierna: buikwandcorrectie). De ziektekostenverzekeraar heeft op deze aanvraag afwijzend beslist.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 15 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 16 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde buikwandcorrectie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster aangevoerd dat zij in 2016 de diagnose Morbus Crohn heeft gekregen. Sindsdien heeft zij meerdere operaties ondergaan, resulterend in een eindstandig ileostoma en een grote parastomale hernia. Daarnaast heeft zij in februari 2024 een gastric sleeve operatie ondergaan vanwege morbide obesitas, en om het herstel van haar hernia mogelijk te maken. Inmiddels heeft verzoekster 25 kilogram aan lichaamsgewicht verloren, maar is er ernstig huidoverschot ontstaan, voornamelijk rondom de stoma en de hernia. De combinatie van voornoemde aandoeningen veroorzaakt ernstige medische complicaties, waaronder obstructierisico's en verzorgingsproblemen van de stoma. Volgens de behandelend chirurg is het medisch noodzakelijk om de parastomale hernia operatief te herstellen met een verstevigingsmesh en daarbij tegelijkertijd het aanwezige huidoverschot te verwijderen. Dit gecombineerde herstel is volgens medisch inzicht noodzakelijk voor een duurzaam resultaat en om ernstige toekomstige complicaties te voorkomen. Indien deze gecombineerde aanpak niet wordt uitgevoerd, zal de hernia in omvang toenemen en verdere medische problemen veroorzaken.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de namens verzoekster ingediende aanvraag voor een buikwandcorrectie afgewezen omdat geen sprake zou zijn van een verzekeringsindicatie. Hiertoe merkt verzoekster op dat op grond van artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet in verbinding met artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering zorg die noodzakelijk is voor de behandeling van een ziekte of medische complicaties voor vergoeding in aanmerking komt. Ook

volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) kan een gecombineerde behandeling medisch noodzakelijk zijn als het weglaten daarvan de effectiviteit van de behandeling ernstig vermindert. Dit is onder meer opgenomen in de richtlijn ‘Buikwandhernia tijdens abdominoplastiek’, waarin onder andere het volgende staat: *“Indien een abdominoplastiek wordt uitgevoerd bij een patiënt met een buikwandbreuk ligt het voor de hand de breuk tijdens de abdominoplastiek te herstellen.”* Het bij verzoekster verwijderen van het aanwezige huidoverschot moet worden beschouwd als onderdeel van de medisch noodzakelijke zorg. Het weigeren van vergoeding van deze ingreep is daarom onterecht en in strijd met artikel 2.4 van de Regeling zorgverzekering, waarin medisch noodzakelijke zorg nadrukkelijk als verzekerde zorg wordt aangemerkt.

- 3.4. Verder merkt verzoekster op dat de commissie op 23 juni 2021 (GcZ, 23 juni 2021, SKGZ202002339) een bindend advies heeft uitgebracht in een vergelijkbare situatie. Net als bij verzoekster betrof het een verzoek tot vergoeding van een gecombineerde buikwandcorrectie en breukherstel, waarbij de zorgverzekeraar zich op het standpunt stelde dat geen sprake was van een verzekeringsindicatie. De commissie heeft destijds geoordeeld dat de bij verzekerde aanwezige verklevingen en huidplooiën kunnen worden aangemerkt als een verminking als bedoeld in de regelgeving. Daarnaast werd geconcludeerd dat een gecombineerde ingreep gerechtvaardigd was omdat alleen het herstel van de breuk niet zou leiden tot een afdoende resultaat.
- 3.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de buikwandcorrectie niet is aangevraagd voor een cosmetisch herstel, maar om een duurzaam herstel van de parastomale hernia te bewerkstelligen. Het overtollige vel dat na de gastric sleeve operatie is ontstaan leidt rond de stoma tot veel klachten, waaronder ontstekingen, lekkages en wondweefselverdikkingen. De problemen die hieruit voortvloeien zijn moeilijk te verwoorden en uit te drukken op beeldmateriaal. Bij brief van 5 maart 2026 heeft de behandelend chirurg het voorgaande bevestigd en tevens verklaard dat de parastomale hernia ten opzichte van de vorige controle in grootte is toegenomen. Deze toename leidt vanzelfsprekend tot meer klachten. Om ook voor de toekomst een duurzame oplossing voor verzoekster te bieden, zal het uitvoeren van alleen een mini-abdominoplastiek, zoals de ziektekostenverzekeraar voorstelt, niet voldoende zijn.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde buikwandcorrectie. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 21 juli 2025 toegelicht dat de zorgverzekering dekking biedt voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een verzekeringsindicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De voorwaarden uit artikel 2.4, eerste lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering zijn verder uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV Werkwijzer). De VAV Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen van plastisch chirurgische aard. Uit de VAV Werkwijzer blijkt dat vergoeding van een buikwandcorrectie mogelijk is bij verminking door ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Daarnaast moet sprake zijn van een BMI van 30 of minder, moet het gewicht gedurende ten minste twaalf maanden stabiel zijn, en dient de laatste bariatrische ingreep ten minste 18 maanden geleden te hebben plaatsgevonden. Onder verminking wordt in dit verband verstaan (i) een Pittsburgh Rating Scale graad 3 of (ii) een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Er is sprake van een lichamelijke functiestoornis in geval van onbehandelbaar smetten. Onder onbehandelbaar smetten wordt verstaan chronische (meer dan zes maanden), onbehandelbare

smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad. Bij de behandeling moet de landelijke richtlijn verpleging en verzorging ‘Smetten (intertrigo) preventie en behandeling’ zijn gevolgd.

Daarnaast is sprake van een lichamelijke functiestoornis bij een ernstige bewegingsbeperking. In dit verband geldt dat de bewegingsbeperking als ernstig wordt gezien als in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Dit wordt bepaald door bij een liggende verzekerde vanuit het midden van de patella loodrecht omhoog de afstand tot de lies te meten. Van deze afstand wordt het bovenste ¼e deel bepaald. Vervolgens wordt, bij de staande verzekerde, vanuit de lies deze afstand naar beneden gemeten. De horizontale lijn die door dit punt kan worden getrokken over beide bovenbenen is de lijn die de overhang – als de verzekerde staat - moet overschrijden.

- 4.2. Verzoekster heeft geen ernstige bewegingsbeperking in de zin van de VAV Werkwijzer. Uit de foto's blijkt niet dat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van haar bovenbenen bedekt. Voorts is bij verzoekster geen sprake van onbehandelbaar smetten. Op de aangeleverde foto's zijn geen smetplekken zichtbaar, uit de verstrekte informatie blijkt niet dat een gespecialiseerd zorgverlener (dat wil zeggen een dermatoloog en/of de huisarts) betrokken is geweest bij de behandeling van het smetten en dat de landelijke richtlijn verpleging en verzorging ‘Smetten (intertrigo) preventie en behandeling’ is gevolgd. Deze richtlijn schrijft voor dat een bevoegde en deskundige behandelaar een behandeling dient te starten. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gewezen op het e-mailbericht van verzoekster van 6 juli 2024 waarin zij verklaart dat zij de smetplekken zelf behandelt met sudocrème. Als er geen behandeling door een arts is ingezet voor de smetplekken, kan er per definitie niet worden gesproken van onbehandelbaar smetten. Ook uit het klachtenformulier van verzoekster van 26 augustus 2024 blijkt dat geen behandeling van de smetplekken door een arts is ingezet. Uit de overgelegde foto's komt niet naar voren dat er in het geval van verzoekster sprake is van een verminking van de buikwand vergelijkbaar met Pittsburgh Rating Scale graad 3. Evenmin is gebleken van een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraadsverbranding. De door verzoekster gemaakte vergelijking met het bindend advies SKGZ202002339 gaat dan ook niet op.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij nog opgemerkt dat de behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat het bij verzoekster aanwezige huidoverschot dient te worden verwijderd om een zo goed mogelijk herstel van de ingreep aan de parastomale hernia te waarborgen. Op de aangeleverde foto's is echter geen huidsurplus met overhang zichtbaar, waardoor het voor de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar is dat overtollige huid hinder oplevert na het opheffen van de parastomale hernia. Daarnaast begrijpt de ziektekostenverzekeraar dat bij verzoekster alleen het huidoverschot rond de stoma zal worden gecorrigeerd. Aangevraagd is echter een buikwandcorrectie, wat betekent dat er een grotere aanpassing zal worden gedaan dan alleen een plaatselijke correctie.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een buikwandcorrectie. Voor zover verzoekster stelt dat de buikwandcorrectie noodzakelijk is voor een duurzaam herstel van de ingreep aan de parastomale hernia, geldt dat deze stelling voor de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar is. Ten eerste omdat op de overgelegde foto's niet zichtbaar is dat rond de navel overtollig vel aanwezig is. Daarnaast is een buikwandcorrectie een uitgebreide ingreep waarbij meer wordt gecorrigeerd dan alleen het gebied rond de navel. Niet valt in te zien waarom verzoekster niet toe zou kunnen met een mini-abdominoplastiek.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 15 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat verzoekster een parastomale hernia heeft bij een ileostoma na een totale colectomie en rectumamputatie vanwege de ziekte van Crohn. In verband met morbide obesitas heeft verzoekster in februari 2024 een gastric sleeve operatie ondergaan, waarna verzoekster is afgevallen tot een BMI van 30 kg/m². Verzoekster heeft een indicatie voor een hersteloperatie van de parastomale hernia om problemen met de verzorging en obstructie en toename van de omvang van het stoma te voorkomen. Volgens de chirurg en plastisch chirurg is het noodzakelijk dat deze hersteloperatie met een buikwandplastiek wordt gecombineerd.

Het dossier bevat vier foto's. Verzoekster heeft op de foto's een stoma ter hoogte van de rechter onderbuik. Verzoekster heeft ten gevolge van meerdere buikoperaties een verticale plooi in de onderbuik in de mediaanlijn onder de navel en enkele kleinere littekens op de buikwand. Verzoekster heeft een buikhuidoverschot met milde tot matige overhang. Er is geen sprake van verminking met een PRS 3. Ook heeft zij door de littekens niet een verminking die overeenkomt met een derdegraadsverbranding.

Daarnaast blijkt uit het dossier niet dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis door een bewegingsbeperking. Op basis van de foto's is dit niet aannemelijk, omdat de overhang van de buikwand niet de bovenbenen bedekt. Ook heeft verzoekster geen last van onhandelbaar smetten.

Gelet op het voorgaande voldoet verzoekster niet aan de specifieke vergoedingscriteria voor een abdominoplastiek vanuit de basisverzekering.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat bij verzoekster geen 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.”

- 5.2. In het definitief advies van 16 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Hoorzittingsverslag en aanvullende informatie

De vertegenwoordiger van verzoekster gaf tijdens de hoorzitting aan dat de foto's een vertekend beeld geven, omdat op foto's niet zichtbaar is wat er met de buikhuid gebeurt bij beweging of drukopbouw. Verzoekster heeft verschillende klachten rond het stoma. Ze heeft lekkages die worden veroorzaakt doordat het plakmateriaal van de stoma niet goed aansluit op de slappe huid en het loshangende vel. Daarnaast heeft zij regelmatig een ontstoken navel en ontstekingen rechts naast haar navel. Ook is ze op de EHBO geweest, waarschijnlijk vanwege beklemming van de darmen bij de parastomale hernia. Het doel van de ingreep is dus niet cosmetisch, maar om te zorgen dat deze problemen worden verholpen.

Daarnaast blijkt uit de brief van de behandelend chirurg van 5 maart 2026 dat verzoekster op 2 maart 2026 bij controle op de polikliniek een duidelijke toename van de parastomale hernia heeft. Hierdoor heeft zij meer klachten van lekkage en huidproblemen. Bij lichamelijk onderzoek heeft verzoekster een grote parastomale hernia met asymmetrie van de rechter onderbuik ten opzichte van de linker onderbuik, met daarbij beiderzijds een huidoverschot. Rondom het stoma is er sprake van drukgevoeligheid en een geïndureerde huid (vast aanvoelend). De chirurg concludeert dat herstel van deze parastomale hernia geïndiceerd is om de klachten van lekkages en pijn rondom het stoma te verhelpen. Hierbij dient ook het overtollig huid te worden verwijderd om een betere verzorging van het stoma toe te laten en een lange termijn resultaat te kunnen waarborgen.

Beoordeling Zorginstituut

Op basis van de medische correspondentie heeft verzoekster, ten gevolge van een grote parastomale hernia, verzorgingsproblemen en lekkage van het stoma en pijn rondom het stoma. Zij komt daarom in aanmerking voor een hersteloperatie van het stoma om deze klachten te verhelpen en om een beklemd breuk te voorkomen. Zowel de chirurg als plastisch chirurg stellen dat de hersteloperatie gecombineerd moet worden met een abdominoplastiek vanwege een huidoverschot voor een betere verzorging van het stoma en een duurzaam resultaat.

Zoals in het voorlopig advies is aangegeven, is een abdominoplastiek een plastisch chirurgische ingreep die alleen voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komt als er sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In geval van verzoekster kan hiervan niet gesproken worden. Verzoekster komt hierdoor niet in aanmerking voor vergoeding van de abdominoplastiek.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen dan ook geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven 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 kampt na verschillende buikoperaties en een bariatrische ingreep met een parastomale hernia en huidoverschot. Uit de verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 5 maart 2025 blijkt dat de parastomale hernia zal worden hersteld door middel van het plaatsen van een verstevigingsmesh, en dat een buikwandcorrectie is voorgesteld om het huidoverschot te corrigeren. Beide verrichtingen zullen tijdens één operatie worden uitgevoerd. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 24 november 2025 maakt de commissie op dat hij de kosten van de operatie om de parastomale hernia te herstellen zal vergoeden, maar dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een buikwandcorrectie. Hoewel de commissie begrip heeft voor de wens van verzoekster om een buikwandcorrectie te laten uitvoeren, moet de commissie beoordelen of deze behandeling op basis van de (strikte)

voorwaarden van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. De commissie overweegt daarover als volgt.

Zorgverzekering

- 7.3. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard, waaronder een buikwandcorrectie. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling in de verzekeringsvoorwaarden is gebaseerd op de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv. Een en ander is verder uitgewerkt in de VAV Werkwijzer. Deze wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 7.4. 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 geamputeerde mammae. Verzoekster voldoet hier niet aan. De situatie van de buikwand met de daar aanwezige littekens is in ernst niet vergelijkbaar met een derdegraadsverbranding. Van verminking kan in dit kader voorts worden gesproken bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3. De behandelend plastisch chirurg heeft in de aanvraag verklaard dat bij verzoekster PRS graad 2 aan de orde is. Dit wordt door het Zorginstituut bevestigd in zijn voorlopig advies van 15 januari 2026, welk advies volgens de brief van het Zorginstituut van 16 april 2026 als definitief kan worden beschouwd. Er kan dan ook niet worden gesproken van verminking als bedoeld in artikel B.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbare smetten in de huidplooien. Een ernstige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Dit blijkt uit de toelichting op de wijziging van de regelgeving waarbij de buikwandcorrectie onder strikte voorwaarden onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw is gebracht. Uit de overgelegde foto's blijkt dat dit bij verzoekster niet aan de orde is. Onbehandelbare smetten zijn smetten in de huidplooien die daar altijd aanwezig en dermatologisch onbehandelbaar zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Uit de foto's blijkt niet dat van dergelijke smetten sprake is. Verzoekster is voor de smetten niet onder behandeling (geweest) bij de huisarts of een dermatoloog. Zij behandelt zichzelf met sudocrème.
- 7.6. Gelet op het voorgaande stelt de commissie vast dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in B.23 van de zorgverzekering. Daarom heeft zij geen aanspraak op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft verwezen naar een eerder bindend advies van de commissie, waarin het verzoek van betrokkene werd toegewezen. In het betreffende geval oordeelde de commissie – anders dan in de voorliggende kwestie – dat bij verzekerde sprake was van verminking en daarmee van een verzekeringsindicatie. Om die reden gaat de door verzoekster gemaakte vergelijking niet op. Verzoekster heeft daarnaast betoogd dat gecombineerde behandelingen moeten worden vergoed. Dit kan uitsluitend bij hoge uitzondering aan de orde zijn. Zo oordeelde de rechtbank Gelderland in een zaak over liposuctie bij lipoedeem (ECLI:NL:RBGEL:2019:938) dat de – niet-verzekerde – liposuctiebehandeling toch moest worden vergoed, omdat zonder deze de knieoperatie niet kon worden uitgevoerd en de mobiliteit van betrokkene zou afnemen dan wel geheel verdwijnen. In de onderhavige situatie is door verzoekster en haar behandelend chirurg verklaard dat het uitvoeren

van een buikwandcorrectie nodig is "om zo een goed en blijvend herstel te kunnen waarborgen", en anders het risico van "een persisterend probleem met huidsurplus en verzorging" bestaat. Een nadere onderbouwing van het voorgaande ontbreekt en evenmin is onderbouwd waarom in de situatie van verzoekster niet kan worden volstaan met een mini-abdominoplastiek.

De commissie komt daarom tot het oordeel dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt waarom, naast het plaatsen van een verstevigingsmesh al dan niet in combinatie met een mini-abdominoplastiek, een buikwandcorrectie dient te worden uitgevoerd.

Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, met name dat de behandeling een positief effect zal hebben op haar klachten, kan evenmin leiden tot een andere uitkomst. Een eventueel dergelijk voordeel kan immers thans niet worden vastgesteld, en speelt geen rol bij de beantwoording van de vraag of sprake is van een verzekeringsindicatie voor de aangevraagde buikwandcorrectie.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juni 2026

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.15 Plastische chirurgie

Inhoud zorg

Je hebt recht op een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen). Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;
- c. verlamde of verslaptte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking wanneer:
 - de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt en;
 - het aannemelijk is dat de correctie van het bovenooglid de gezichtsveldvermindering oplost en;
 - de gezichtsveldbeperking tot belemmeringen in het dagelijkse functioneren leidt.
- d. 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;
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde genderincongruentie, inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie;
- f. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde genderincongruentie. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgender personen verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op de volgende zorg:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, tenzij sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of;
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde genderincongruentie. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgender personen verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgender personen heb je 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.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend medisch specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten. Ook dien je ons voor zover van toepassing de foto's toe te sturen die de medische fotograaf voor dit doel heeft gemaakt. Je hoeft geen foto's toe te sturen als je een bovenooglidcorrectie aanvraagt.

Wij geven alleen toestemming als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'.

Let op!

Voor het in bezit krijgen van de foto's van de medische fotograaf brengt het ziekenhuis je mogelijk kosten in rekening. Deze kosten vergoeden wij niet.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.16 Revalidatie

3.16.1 Medisch specialistische revalidatie

Inhoud zorg

Je hebt recht op onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, psychologische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, als je een van de volgende aandoeningen hebt:

- a. Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.
- b. Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Je hebt ook recht op medisch specialistische revalidatie zonder dat sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen als je niet-aangeboren hersenletsel hebt en dit leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.
- c. Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Het moet gaan om een klacht, stoornis of aandoening die volgens het Zorginstituut Nederland voldoet aan deze omschrijving.

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.