



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018
Zaaknummer : 202000042
Zittingsdatum : 20 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure



2.1. Bij brief van 22 maart 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.



2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 29 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 april 2020 aan verzoekster gezonden.



2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten



3.1. In 2017 was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en het VGZ Aanvullend Beter Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 1). In 2018 was zij verzekerd op grond van de zorgverzekering en het VGZ Aanvullend Best Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 2) en in 2019 weer op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 1.



3.2. Verzoekster heeft op 7 november 2014 een gastric bypassoperatie ondergaan. Deze ingreep leidde tot een aanzienlijk gewichtsverlies met veel huidoverschot tot gevolg. Dit huidoverschot veroorzaakte veel (lichamelijke) klachten. Om deze klachten te verminderen adviseerde de plastisch chirurg een buikwandcorrectie te laten uitvoeren.



3.3. Bij brief van 15 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar verzoek om vergoeding van de kosten van een buikwandcorrectie is afgewezen.



3.4. Verzoekster heeft met ingang van 1 januari 2018 de aanvullende ziektekostenverzekering 2 afgesloten. Deze verzekering biedt dekking voor de kosten van een buikwandcorrectie tot een bedrag van € 2.500,--.



3.5. Na het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering 2 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar opnieuw gevraagd de kosten van een buikwandcorrectie te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 januari 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag (gedeeltelijk) is goedgekeurd en dat zij aanspraak heeft op een vergoeding.



3.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 30 januari 2018 en 5 februari 2018 telefonisch contact met elkaar gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze contactmomenten de volgende telefoonnotities overgelegd:



"30-1-2018 12:47

[DO3]~Wat krijg ik vergoed voor een buikwandcorrectie?~ De machtiging uitgelegd en uit welk pakket mevrouw recht heeft op vergoeding."

"5-2-2018 11:16

[DO3]~Wat krijg ik vergoed voor een buikwandcorrectie?~ Mevrouw belt weer voor de buikwandcorrectie, ze heeft de machtiging ontvangen, wil weten of ze verder nog iets moet regelen. Machtiging is goedgekeurd, ze moet bij een medisch specialist gaan die gecontracteerd is. Vanuit AV nog extra max 2500 vergoeding bovenop BV. Er geldt eerst een ER. De toestemming is al geregeld, dus verder hoeft ze niets meer te regelen."

- 3.7. Verzoekster heeft de buikwandcorrectie op 27 februari 2018 laten uitvoeren. Nadien heeft het ziekenhuis bij haar een bedrag gevorderd van € 3.079,26. Verzoekster heeft hierop bij de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan. Bij e-mailbericht van 31 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat door hem een bedrag van € 2.500,-- is vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering 2. De overige kosten worden, behoudens een bedrag van € 123,23 dat ten laste komt van de zorgverzekering, niet vergoed.
- 3.8. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
4. Geschil
 - 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de volledige kosten van de uitgevoerde buikwandcorrectie moet vergoeden.
 - 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
5. Bevoegdheid van de commissie
 - 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
6. Beoordeling
 - 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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.
 - 6.2. Verzoekster stelt dat zij op 24 januari 2018 van de ziektekostenverzekeraar een goedkeuring heeft gekregen. Volgens haar bleek uit deze goedkeuring niet duidelijk of tevens een vergoeding zou plaatsvinden vanuit de zorgverzekering. Daarom heeft zij op 30 januari 2018 telefonisch contact gehad met een bij naam genoemde medewerkster. Deze heeft aan verzoekster uitgelegd dat zij, onder aftrek van het verplicht eigen risico, aanspraak kon maken op volledige vergoeding van de kosten. Omdat verzoekster, gelet op haar financiële positie, geen enkel risico wilde nemen, heeft zij op 5 februari 2018 nogmaals gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerkster bevestigde verzoekster dat de kosten, onder aftrek van het eigen risico, volledig worden vergoed. Gelet op de toezeggingen in beide gesprekken maakt verzoekster aanspraak op volledige vergoeding van de kosten.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar betwist de stellingen van verzoekster en voert aan dat zij al in 2017 is geïnformeerd dat geen vergoeding kan volgen op grond van de zorgverzekering. Dit heeft verzoekster doen besluiten met ingang van 1 januari 2018 een andere aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten waarna zij bij brief van 24 januari 2018 is geïnformeerd dat een vergoeding volgt op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. In de telefonische contacten van 30 januari 2018 en 5 februari 2018 is een en ander aan verzoekster uitgelegd. Uit de van de gesprekken gemaakte telefoonnotities maakt de ziektekostenverzekeraar niet op dat aan verzoekster bepaalde toezeggingen zijn gedaan.
- 6.4. De commissie overweegt dat verzoekster bij brief van 15 augustus 2017 door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd dat de kosten van een buikwandcorrectie niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Eind 2017 heeft verzoekster ervoor gekozen om met ingang van 1 januari 2018 de aanvullende ziektekostenverzekering 2 af te sluiten, die een gedeeltelijke dekking kent voor de desbetreffende kosten. Vervolgens is opnieuw een aanvraag gedaan voor een buikwandcorrectie. Bij brief van 24 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Voor zover verzoekster stelt dat zij uit deze brief heeft opgemaakt dat de ingreep ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed, volgt de commissie haar hierin niet. In de brief is namelijk onder het kopje 'Vergoeding' de volgende tekst opgenomen: *'Hierboven ziet u bij 'Bijzonderheden' of u een vergoeding krijgt vanuit de basisverzekering of vanuit de aanvullende verzekering.'* Onder het kopje 'Bijzonderheden' staat vervolgens *'type pakket: aanvullende verzekering'*. Uit deze vermelding blijkt volgens de commissie duidelijk dat goedkeuring is gegeven voor de behandeling op basis van uitsluitend de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.5. In het algemeen geldt dat het lastig is van een telefoongesprek de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Nu verzoekster zich beroept op mededelingen die tijdens de telefoongesprekken op 30 januari 2018 en 5 februari 2018 zijn gedaan, is het aan haar om aannemelijk te maken dat de gesprekken hebben plaatsgevonden en dat aan haar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, van de zijde van de ziektekostenverzekeraar eenduidige en ongeclausuleerde toezeggingen zijn gedaan. Dat beide gesprekken zijn gevoerd vormt een gegeven, nu hiervan notities zijn overgelegd waaruit blijkt dat op genoemde data met verzoekster is gesproken.
- 6.6. Uit de notitie van het telefoongesprek op 30 januari 2018 blijkt dat verzoekster alleen uitleg is gegeven over de machtiging en uit welk pakket een vergoeding zou volgen. Het blijkt niet dat de zorgverzekering hierbij ter sprake is gekomen. Een toezegging zoals door verzoekster gesteld valt uit de notitie niet op te maken en is ook anderszins door haar niet aannemelijk gemaakt.
- 6.7. Door de ziektekostenverzekeraar is verder een registratie van het gesprek op 5 februari 2018 overgelegd. Uit deze registratie blijkt dat aan verzoekster onder andere is meegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering een extra vergoeding kent boven de vergoeding op grond van de zorgverzekering. Daarnaast is gesproken over het eigen risico. Hieruit leidt de commissie af dat aan verzoekster algemene informatie is verstrekt, die niet ziet op haar specifieke situatie. Haar vraag gaf daar ook geen aanleiding toe, aangezien zij volgens de notitie alleen wilde weten of zij nog iets moest regelen na ontvangst van een machtiging. Los daarvan overweegt de commissie dat voor het geval verzoekster de mededelingen van de medewerkster, waaronder het antwoord op de vragen van verzoekster, anders heeft opgevat zij in ieder geval bekend was met de inhoud van de eerdere afwijzingen. Dit omdat zij juist vanwege de vergoeding was overgestapt naar de aanvullende ziektekostenverzekering 2 en dat zij inmiddels in het bezit was van de brief van 24 januari 2018, die uitsluitend betrekking had op genoemde aanvullende verzekering. Zij mocht daarom ondanks het gesprek van 5 februari 2018 er niet zonder meer op vertrouwen dat een vergoeding ten laste van de zorgverzekering zou volgen. Voor zover verzoekster wel in die veronderstelling verkeerde had het op haar weg gelegen te vragen om een schriftelijke bevestiging van de gestelde toezegging, wat zij heeft nagelaten. Dit betekent dat de



ziektekostenverzekeraar niet gehouden is de buikwandcorrectie tot een hoger bedrag dan reeds is uitgekeerd te vergoeden.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 3 juni 2020,



L. Ritzema



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

6. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borst-amputatie;
7. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst), en;
 - klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

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

Wanneer hebt u recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht hebt op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden, anders dan genoemd onder omschrijving, punt 3;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 20. Transplantatie van weefsels en organen

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de preserving, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;

Artikel 18. Audiologische zorg

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Bijzonderheden

1. Voor gehoorapparatuur zie artikel 35, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Voor diagnostiek van taalontwikkelingsstoornissen bij jeugdigen tot 23 jaar zie artikel 21, Zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Artikel 19. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verslakte of verlamde bovenoogleden in de volgende situatie:
 - de verslapping/verlamming van het bovenooglid veroorzaakt een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt. Anders gezegd, de afstand tussen (de onderrand van) de overhang en het centrum van de pupil is 1 mm of minder. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl u ontspannen recht vooruit kijkt (dus gemeten in de primaire stand). Het moet aannemelijk zijn dat correctie van het bovenooglid deze gezichtsveldvermindering oplost;
 - het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Subjectieve klachten alleen, zoals vermoeide ogen, druk op de ogen, hoofdpijn of er vermoeid uitzien, zijn onvoldoende reden/aanwijzing om te kunnen spreken van een gezichtsveldbeperking;
4. correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

Artikel 38. Steunpessarium

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt

VGZ Aanvullend Goed	geen vergoeding
VGZ Aanvullend Beter	maximaal € 250 per kalenderjaar
VGZ Aanvullend Best	maximaal € 500 per kalenderjaar

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 39. Buikwandcorrectie

Omschrijving

Correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Indicatie

Een overhangende buikhuidplooï waarbij de diepte van de plooï - aan de binnenzijde gemeten - 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 (BMI ≤35).

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door (1.75 x 1.75) = 85 gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld.

Vergoeding

VGZ Aanvullend Goed	geen vergoeding
VGZ Aanvullend Beter	geen vergoeding
VGZ Aanvullend Best	maximaal € 2.500

Bijzonderheden

Als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit de aanvullende verzekering niet.

Artikel 40. Ooglidcorrectie

Omschrijving

U hebt recht op een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooï als u recht vooruit kijkt, of;
- als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooï aan de zijkant van het oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooï van het bovenooglid.

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.

(...)

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:

(...)

- 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 verslachte 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 gehemelte spleten, 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;

(...)

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. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese 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;

(...)

.