

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202401003

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 28 augustus 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 september 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 31 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 november 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 20 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024040930) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 november 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 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 29 januari 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 november 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 5 februari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is na een gastric bypass 45 kilo afgevallen. Als gevolg hiervan heeft zij last van een huidoverschot op haar buik. De behandelend plastisch chirurg heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een 'abdominoplastiek met fleur de lis correctie inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis' (hierna: buikwandcorrectie)

- 2.3. Bij brief van 20 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 20 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 5 februari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde buikwandcorrectie alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brieven van 18 maart 2024 en 28 augustus 2024 aangevoerd dat zij contact met haar behandelend plastisch chirurg heeft opgenomen. Zij is door hem doorverwezen naar een psycholoog vanwege de psychische klachten die zij heeft door het huidoverschot op haar buik. Verzoekster heeft last van depressiviteit, een minderwaardigheidscomplex en zij kampt met de gevolgen van een pic-syndroom na opname op de IC. Verzoekster verklaart dat haar buik verminkt is. Zij zwemt elke week en een badpak sluit niet aan in haar liezen. Daarnaast moet zij grotere maten broeken dragen omdat haar buik er anders niet in past. Verzoekster stelt dat zij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis heeft. Als zij bukt kan zij niet vanuit die houding omhoog komen zonder hulp van iemand of iets om zich aan vast te houden. Zij kan niet meer op haar buik slapen of liggen. Zij heeft pijnklachten in haar schouders en kan haar armen niet meer omhoog doen vanwege het gewicht van haar buik. Verzoekster heeft het hele jaar door last van smetten en haar navel ruikt onaangenaam. Daarnaast heeft zij veel jeuk in de huidplooi aan de onderkant van haar buik. Haar lichaamstemperatuur is verhoogd, haar huid is vochtig door het transpireren en zij ervaart een verminderd libido.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en benadrukt dat zij en haar behandelend chirurg van mening zijn dat er aanspraak bestaat op vergoeding van de buikwandcorrectie. Zij krijgt steeds meer last van smetten, met name onder haar oksels en ze heeft in het dagelijks leven veel last van het loshangend vel. Verzoekster zou graag door een arts bij de ziektekostenverzekeraar worden gezien. De arts die haar als laatste heeft beoordeeld heeft bij haar aangegeven dat er wel sprake is van PRS graad 3.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde buikwandcorrectie. Hij heeft hiertoe aangevoerd, in zijn brieven van 20 februari 2024 en 15 april 2024, dat bij verzoekster geen sprake is van een verminking en/of een ernstige aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De ziektekostenverzekeraar heeft de foto's van verzoekster vergeleken met die uit de VAV-werkwijzer. Hieruit blijkt dat er geen sprake is van verminking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. Daarnaast is er geen bewegingsbeperking omdat het huidoverschot niet meer dan 1/4e van de bovenbenen bedekt. Ook heeft verzoekster geen last van onbehandelbaar smetten. Op de foto's zijn geen smetten zichtbaar. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de pijnklachten en de psychische

klachten die verzoekster ervaart heel vervelend zijn, maar deze klachten zijn geen reden om de buikwandcorrectie te vergoeden.

- 4.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan toegevoegd dat er door hem telefonisch contact met de plastisch chirurg van verzoekster is opgenomen. De plastisch chirurg heeft in dit gesprek gezegd dat hij in de aanvraag heeft gekozen voor PRS graad 3 op basis van de last die verzoekster ervaart, en niet op basis van de criteria en de foto's van de VAV-werkwijzer. De behandelend chirurg begreep waarom de ziektekostenverzekeraar is uitgekomen op PRS graad 2. Het Zorginstituut is in zijn advies ook tot PRS graad 2 gekomen. Dit betekent dat er bij verzoekster geen sprake is van verminking. Omdat hier bij de ziektekostenverzekeraar geen twijfel over bestaat is verzoekster niet voor een medisch spreekuur opgeroepen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 20 november 2024 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 5 februari 2025) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. In het geschil staat de vraag centraal of er bij verzoekster sprake is van verminking en een lichamelijke functiestoornis. Verzoekster voldoet met een BMI van 31,2 aan de algemene voorwaarde van een maximale BMI van 35 na een bariatrische ingreep van meer dan 18 maanden geleden (2019). Hierna is haar gewicht langer dan 12 maanden stabiel gebleven.

Verminking

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking. De drie aangeleverde foto's zijn beoordeeld. Hierop is te zien dat sprake is van een vet- en huidoverschot van het abdomen vergelijkbaar met Pittsburgh Rating Scale graad 2. Omdat alleen bij graad 3 sprake is van verminking, voldoet verzoekster niet aan deze voorwaarde.

Lichamelijke functiestoornis

Er is sprake van een lichamelijke functiestoornis in het geval van onbehandelbare smetten en/of een ernstige bewegingsbeperking. Ten aanzien van de smetten blijkt uit de beschikbare informatie dat de behandelend plastisch chirurg van verzoekster in februari 2024 heeft geconstateerd dat haar huidkwaliteit goed was, zonder voorafgaande behandeling. Ook heeft de plastisch chirurg op het aanvraagformulier aangegeven dat het smetten vaak in de zomermaanden aanwezig is en verzoekster dit behandelt met sudocrème. Hieruit kan worden opgemaakt dat verzoekster niet lijdt aan chronisch 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. Omdat niet kan worden vastgesteld dat verzoekster lijdt aan onbehandelbare smetten of een ernstige bewegingsbeperking, kan niet worden geconcludeerd dat er sprake van een lichamelijke functiestoornis. Verzoekster voldoet derhalve niet aan deze voorwaarde.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor [een] abdominoplastiek met fleur de lis correctie inclusief navelreïnsertie en reven fascia abdominalis. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten 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 [een] abdominoplastiek met fleur-de-lis correctie inclusief navelreïnsertie en reven fascia abdominalis ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 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 ondervindt klachten van het huidoverschot op haar buik. Zij heeft veel last van haar schouders en nek. Zij heeft met regelmaat smetten en haar navel ruikt. Ook heeft zij problemen met het kopen van passende kleding. Verzoekster kan in de nacht niet op haar buik liggen vanwege pijnklachten. Daarnaast heeft zij uitgelegd dat zij psychische klachten heeft door het huidoverschot. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster om een buikwandcorrectie te ondergaan. Het is de taak van de commissie om te beoordelen of de ziektekostenverzekeraar op basis van de hiervoor geldende wet- en regelgeving gehouden is om de kosten van de ingreep te vergoeden. Hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 7.3. Namens verzoekster is een aanvraag ingediend voor een buikwandcorrectie. Het gaat hier om een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat en betrokkene redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. De voorwaarden met betrekking tot de verzekeringsindicatie staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.4.5 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 beperkt zich daarom tot de onderdelen 1 en 2. In deze onderdelen staan de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en vermindering opgenomen. Hierbij toetst de commissie voor de vraag of er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of vermindering aan 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.
- 7.4. Volgens de regelgeving 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 20 november 2024 aan de commissie tot de conclusie dat dit bij verzoekster niet aan de orde is. 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 geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in deze zin. De plastisch chirurg heeft in februari 2024 namelijk geconstateerd dat de huidkwaliteit van verzoekster goed was. Op de aanvraag is daarnaast aangegeven dat

het smetten vaak in de zomermaanden aanwezig is en verzoekster dit behandelt met crème. Dit betekent dat niet kan worden gesproken van chronisch onbehandelbaar smetten. De commissie ziet geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals hiervoor beschreven.

- 7.5. Volgens de regelgeving is sprake van verminking bij een ernstige misvorming, soms ook met weefseldefecten. Hierbij moet worden gedacht aan ernstige misvormingen, waarbij de situatie van de buikwand vergelijkbaar is met een derdegraads verbranding. 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. Tussen de ziektekostenverzekeraar en de behandelend plastisch chirurg bestaat een verschil van inzicht in het bepalen van de PRS graad. De plastisch chirurg heeft op de aanvraag aangegeven dat verzoekster PRS graad 3 heeft en de ziektekostenverzekeraar heeft de situatie van verzoekster als PRS graad 2 bestempeld. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij telefonisch contact heeft opgenomen met de plastisch chirurg en dat uit dit overleg is gebleken dat de plastisch chirurg de situatie van verzoekster heeft beoordeeld op basis van de last die zij ervaart, en niet op basis van de foto's. Het Zorginstituut heeft de foto's van verzoekster beoordeeld en komt in zijn advies tot de conclusie dat bij haar geen sprake is van PRS graad 3 maar van PRS graad 2. Verzoekster voldoet hiermee niet aan het criterium verminking. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij niet is uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn redenering dat een spreekuur bij de medisch adviseur niet nodig was omdat er geen twijfel bestond over de beoordeling. Zoals ook blijkt uit het advies van het Zorginstituut is op basis van de foto's geen onduidelijkheid over de van toepassing zijnde PRS graad. Nu verzoekster niet aan de geldende voorwaarden voldoet, in die zin dat er bij haar noch een aantoonbare lichamelijke functiestoornis noch verminking aanwezig is, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de behandeling terecht afgewezen.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 februari 2025,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

4. Abdominoplastiek

Er is vergoeding mogelijk bij:

- Verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Hieronder wordt verstaan:

- een Pittsburgh Rating Scale graad 3 (zie bijlage 2) **of**
- een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding.

- Lichamelijke functiestoornissen

- Onbehandelbaar smetten. Hieronder wordt verstaan chronische (> 6 maanden), onbehandelbare smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad (lichamelijke functiestoornissen). Bij de behandeling moet de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' zijn gevolgd.

of

- Een ernstige bewegingsbeperking:

De bewegingsbeperking wordt in deze als ernstig gezien indien die ontstaat doordat 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 ¼ deel bepaald. Vervolgens wordt bij de staande patiënt, 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.

Hieronder vallen niet:

- rugklachten;
- een rectusdiastase, omdat er hierbij geen sprake is van een defect in de fascie en in de praktijk geen relatie aangetoond kan worden met eventuele functionele klachten. Derhalve is er geen indicatie voor een plastisch chirurgische abdominoplastiek.

Verder geldt dat om voor vergoeding in aanmerking te komen:

1. de BMI 30 of minder moet zijn en
2. het gewicht gedurende tenminste twaalf maanden stabiel is
3. de laatste bariatrische ingreep tenminste 18 maanden geleden heeft plaats gevonden

Opmerking 1: Bij patiënten met een status na bariatrische chirurgie gaat het om een reële BMI (i.o.m. behandelaar) met een maximum van 35. Bij een hogere BMI (morbid obesitas) of een instabiele (oplopende) BMI is de operatie doorgaans niet als doelmatig te beschouwen.

Opmerking 2: Liposuctie van de buik is uitgesloten zorg, ook wanneer dit wordt uitgevoerd in combinatie met een abdominoplastiek.

Literatuur

[Townsend, Beauchamp, Evers, Mattox. Sabiston textbook of surgery, 17th edition, 2004. Section X Abdomen, Ch 41 Abdominal wall, umbilicus, peritoneum, mesenteries, omentum, p 1178. Elsevier Saunders, Philadelphia.](#)

[LEVV, NIVEL, NVDVV, Landelijke multidisciplinaire richtlijn smetten \(intertrigo\) preventie en behandeling, 2011.](#)

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.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De opname komt voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering.
Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname in het buitenland geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
Een ziekenhuis of instelling voor medisch specialistische zorg in het buitenland kan twee of meer verschillende (verpleeg)klassen hebben. Voor de hoogte van de vergoeding geldt het Nederlandse verpleegtariaf.
- Opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Uw medisch specialist moet in specifieke situaties een akkoordverklaring bij ons aanvragen voor add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.
Add-on geneesmiddelen zijn dure geneesmiddelen die het ziekenhuis apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) mag declareren. Uw medisch specialist weet wanneer een aanvraag nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieder (Wtza), waarmee wij bedoelen:
 - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)
 - een algemeen ziekenhuis
 - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis)
 - een universitair ziekenhuis.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Plastische chirurgie.
Het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarnaast de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en laboratoriumonderzoek. Als er een opname nodig is, omvat de zorg ook opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg, opname, verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor plastische chirurgie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
 - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.
 - U heeft verlamde of verslaptte bovenoogleden.
De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
 - U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.
De ingreep bestaat uit het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen of transvrouwen. Bij transvrouwen moet de genderincongruentie (transseksualiteit) zijn vastgesteld. Dit doet een zorgaanbieder die meewerkt aan een transgenderennetwerk.
 - U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (transseksualiteit).
 - U heeft een aangeboren misvorming.
Zoals een lip-, kaak- of gehemeltespleet, misvorming van het benig aangezicht. Of er is sprake van goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - U heeft een borstverkleining nodig.
Hiervan is sprake bij cup DD/E of groter (of cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Deze klachten komen door de zwaarte van uw borsten en beperken u aanzienlijk. Andere behandelingen of therapieën hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en niet te hoog.
 - U heeft een laserbehandeling van de huid nodig.
Hiervan is sprake bij (in het oog springende) verminking of bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden afwijkingen niet als zodanig gezien.
 - U heeft een neuscorrectie nodig.
Hiervan is sprake bij een fors beperkte doorgankelijkheid van de neus die niet op een andere manier te behandelen is. Een correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als een opname nodig is, komt deze voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname moet er medische noodzaak zijn in verband met geneeskundige zorg.

- De Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
De Werkwijzer is te vinden op vavolksgezondheid.nl onder 'Werkwijzers VAGZ/VAV'.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een behandeling die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen (Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN). Deze lijst staat op onze website.
- Voor een bovenooglidcorrectie beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Liposuctie van de buik.
- Verwijderen borstprothese zonder medische noodzaak.
- Plaatsen of vervangen borstprothese.
Als geen sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen.
- De kosten van foto's die wij opvragen voor de aanvraag voor een akkoordverklaring.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Revalidatie

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Revalidatie.
Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg wordt verleend in de vorm van:
 - deeltijd- of dagbehandeling of
 - opname, als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname.