

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500166

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) FBTO 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 25 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 juni 2025 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 21 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2025 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 25 juli 2025 heeft verzoekster een reactie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 29 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 5 augustus 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025016677) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 augustus 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 24 augustus 2025 heeft verzoekster een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 25 augustus 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door twee leden van de commissie gehoord. De beslissing op het verzoek zal worden genomen door genoemde twee leden en een derde lid, welk laatste lid kennisneemt van het gehele dossier inclusief de aantekeningen van de hoorzitting. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 9 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 augustus 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij bericht van 22 oktober 2025 heeft verzoekster gereageerd. Op 10 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie

gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 12 november 2025 aan de respectievelijke wederpartijen gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorg & Herstel (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 4 juni 2024 is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een abdominoplastiek inclusief navelreïnsertie en reven fascia abdominalis (hierna: buikwandcorrectie).
- 2.3. Bij brief van 11 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde buikwandcorrectie niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 5 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog toestemming te verlenen voor de aangevraagde buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster aangevoerd dat volgens haar behandelend plastisch chirurg is voldaan aan de geldende voorwaarden. Bij verzoekster is namelijk sprake van Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3. Daarbij heeft verzoekster opgemerkt dat zij door de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld dit te laten zien. De ziektekostenverzekeraar weigert haar op te roepen voor het spreekuur.
- 3.3. Bij brief van 24 april 2025 heeft de behandelend plastisch chirurg, voor zover relevant, over verzoekster verklaard:

“Patiënte voldoet aan de volgende eisen: Pittsburgh Rating Scale graad 3, ernstig onbehandelbaar smetten, ernstige bewegingsbeperking, de laatste bariatrische ingreep tenminste 18 maanden geleden, meer dan 1 jaar stabiel op gewicht en BMI <30. Derhalve ons verzoek om uw afwijzing te herzien en uw goedkeuring te verlenen voor de uitvoering van een Fleur-de-Lis abdominoplastiek”.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar bekritiseerd. Verzoekster heeft na de ingreep drie maanden moeten herstellen. Zij had verschillende vormen van hulp ingeschakeld, omdat haar partner moest werken. Toen bleek dat verzoekster deze niet kreeg heeft zij alleen, zonder hulp, thuisgezeten. Alleen op 24 december 2024 heeft verzoekster hulp gehad. Hier was zij niet tevreden over. In april 2025 kreeg zij de mededeling dat zij hulp kon krijgen, maar dat was toen niet meer nodig.

Volgens de plastisch chirurg is aan de voorwaarden voldaan. Verzoekster wilde dat er nieuwe foto's werden gemaakt, maar daarvoor heeft zij geen gelegenheid gekregen. Volgens verzoekster zijn de foto's die bij de aanvraag zijn meegestuurd ouder en lieten die geen goed beeld zien van de situatie voorafgaand aan de operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft haar niet uitgenodigd op het spreekuur, waardoor zij haar kant van het verhaal niet kon vertellen en er geen nieuwe foto's zijn gemaakt. Voorafgaand aan de operatie zijn er geen foto's door de plastisch chirurg gemaakt. Aangezien de behandeling inmiddels is uitgevoerd, kunnen er geen foto's meer worden gemaakt. Onbehandelbaar smetten is niet meer aan de orde. Voorafgaand aan de operatie is verzoekster voor de behandeling van de smetten naar de huisarts gegaan. De huisarts vertelde dat zij een traject van 21 weken – met bezoeken aan het ziekenhuis – moest volgen. Volgens verzoekster was dit een te kostbaar traject, terwijl Sudocrème ook werkte. Verzoekster heeft toen besloten de buikwandcorrectie te ondergaan.

Verzoekster had in het uitvoeren van haar beroep veel last van het huidoverschot en heeft lang gewacht op een buikwandcorrectie.

- 3.5. Bij bericht van 22 oktober 2025 heeft verzoekster naar onvrede geuit over het definitief advies van het Zorginstituut. Zij heeft in dit verband opgemerkt dat het Zorginstituut haar niet persoonlijk heeft gezien. Volgens verzoekster is het voorlopig advies van het Zorginstituut tegenstrijdig. Verzoekster heeft voorgesteld de helft van de kosten voor eigen rekening te nemen.

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.
- 4.2. Onder verminking wordt in dit verband verstaan (1) een Pittsburgh Rating Scale graad 3 of (2) 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. Bij een rectusdiastase is geen sprake van een defect in de fascie en in de praktijk kan er geen relatie worden aangetoond met eventuele functionele klachten. Derhalve vormt een rectusdiastase geen verzekeringsindicatie voor een buikwandcorrectie.

- 4.3. 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 dat er sprake is van een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij nog opgemerkt dat er op basis van de foto's geen twijfel bestond over de beoordeling van de verzekeringsindicatie. Nader onderzoek – bijvoorbeeld door verzoekster uit te nodigen voor een spreekuurbezoek – werd dan ook niet noodzakelijk geacht.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij de in geschil zijnde aanvraag heeft ontvangen op 4 juni 2024. Op 11 juni 2024 heeft hij hierop beslist. In dit traject is niets misgegaan. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de foto's waren verouderd, heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat er verschillende momenten zijn geweest om nieuwe foto's aan te leveren. Op basis van de aanvraag en de foto's was er geen aanleiding voor een spreekuur bij de adviserend geneeskundige. De foto's waren duidelijk. Eerder is door verzoekster niet gesteld dat sprake was van verouderde foto's die geen juiste weergave boden van de actuele situatie. Dit is ook anderszins niet gebleken. De plastisch chirurg zag blijkbaar aanleiding om een buikwandcorrectie uit te voeren. Dit betekent echter niet dat ook aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten hiervan. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering en of de kosten van de operatie kunnen worden vergoed.
- 4.6. Bij brief van 10 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de toelichting van het Zorginstituut inzake de toepassing van de PRS-classificatie onderschrijft. Verder heeft hij toegelicht dat de beoordeling heeft plaatsgevonden aan de hand van de referentiefoto's uit de VAV-Werkwijzer. De door de aanvrager aangeleverde foto's zijn duidelijk en goed te beoordelen. Dit geeft geen aanleiding tot twijfel. Dit wordt ook bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat zijn medisch adviseurs aanvragen beoordelen op basis van objectieve, medisch inhoudelijke criteria, zoals vastgelegd in de relevante wet- en regelgeving, de VAV-Werkwijze en de toepasselijke jurisprudentie.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 5 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzoekster voldoet aan de algemene voorwaarde van een maximale BMI van 35 na een bariatrische ingreep van meer dan 18 maanden geleden. Verzoekster is na de gastric bypass binnen twee jaar 45 kilo afgevallen. Inmiddels is haar gewicht al langer dan 12 maanden stabiel. Zij heeft een BMI van 30,1 kg/m², bij een gewicht 90 kg bij een lengte van 1,73 m.

Verminking

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

Lichamelijke functiestoornis

Er is sprake van een lichamelijke functiestoornis in het geval van onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking.

Op basis van de beschikbare informatie is niet aangetoond dat er bij verzoekster sprake is van onbehandelbaar smetten. Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoekster haar smetplekken zelf behandelt met sudocrème. Daarnaast heeft er geen behandeling plaatsgevonden conform de in de VAV-Werkwijzer genoemde landelijke richtlijn verpleging en verzorging ‘Smetten (intertrigo) preventie en behandeling’ uit 2004. In deze richtlijn staat onder meer beschreven dat een deskundige geraadpleegd moet worden bij de behandeling van de smetplekken. Nu uit de beschikbare informatie niet blijkt dat verzoekster volgens de geldende richtlijn is behandeld voor haar smetplekken, is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van onbehandelbaar smetten.

Van een ernstige bewegingsbeperking is sprake als het buikschort minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt. Op basis van de beschikbare foto's blijkt niet dat dit bij verzoekster het geval is.

Conclusie

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

Het advies

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

- 5.2. In het definitief advies van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en het aanvullende stuk ontvangen.

Uit het verslag en het aanvullende stuk komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U vraagt of het Zorginstituut kan duiden hoe het mogelijk is dat er een duidelijk verschil bestaat tussen de classificatie van de PRS-scale door de plastisch chirurg, de adviserend geneeskundige van verweerder en het Zorginstituut.

Het Zorginstituut kan niet duiden hoe de classificatie van de plastisch chirurg en de adviserend geneeskundige tot stand zijn gekomen. Het Zorginstituut kan slechts toelichten hoe de beoordeling van de PRS-scale in het voorlopig advies van 5 augustus 2025 tot stand is gekomen.

Het Zorginstituut gebruikt voor de beoordeling van de PRS-scale de referentiefoto's uit de VAV Werkwijzer. Op de referentiefoto's van de buik uit de VAV Werkwijzer is bij PRS 3 sprake van een dusdanig overschot van buikvet dat de rand van de heup niet meer te zien is door overhangend vetschort. Dit is bij verzoekster niet het geval. Op de referentiefoto's van de flanken en dijen uit de VAV Werkwijzer is een duidelijke rand te zien van overtollig buikvet die over de heupen loopt. Deze loopt bij PRS 3 zonder onderbreking door van voor naar achter. Bij PRS 2 is deze rand op het hoogste punt van de heup onderbroken. Bij verzoekster is op de foto's van de flank/dij te zien dat deze rand onderbroken is.

Op basis van het voorgaande is het Zorginstituut in het voorlopig advies tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen sprake is van een vet- en huidoverschot van de buik vergelijkbaar met PRS 3."

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. Namens verzoekster is een aanvraag ingediend voor een buikwandcorrectie. Zij heeft na een bariatrische ingreep veel gewicht verloren en kampt als direct gevolg daarvan met een huidoverschot. Hoewel de commissie begrip heeft voor de wens van verzoekster om de gevraagde ingreep te ondergaan, moet zij beoordelen of deze behandeling voor vergoeding op basis van de strikte verzekeringsvoorwaarden in aanmerking komt. De commissie overweegt daarover als volgt.
- 7.3. Het gaat hier om een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat. Hiervoor gelden voorwaarden. Deze voorwaarden staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.23 van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is uitgewerkt in de 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. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het gaan om een aandoening die dusdanig ernstige lichamelijke klachten veroorzaakt dat de verzekerde fors wordt beperkt in het functioneren. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is aan de orde bij een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is in geval van een buikwandcorrectie sprake als de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte as van het bovenbeen bedekt. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van chronisch onbehandelbare smetten in de huidplooiën. Dit zijn niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooiën die altijd daar aanwezig zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt.
- 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. In dit verband kan verminking daarnaast aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3.
- 7.5. Volgens verzoekster dient de aangevraagde buikwandcorrectie te worden vergoed, omdat bij haar PRS graad 3 aan de orde is. Zij heeft een verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 24 april 2025 overgelegd, waarin deze stelt dat bij verzoekster sprake is van PRS graad 3 en daarnaast van ernstig onbehandelbaar smetten en een ernstige bewegingsbeperking. Tevens is volgens de arts voldaan aan de algemene voorwaarden. Zo vond de laatste bariatrische ingreep ten minste 18 maanden geleden plaats, is verzoekster meer dan een jaar stabiel op gewicht, en heeft zij een BMI <30.
- 7.6. Op 4 augustus 2025 heeft het Zorginstituut een advies aan de commissie uitgebracht. Hierin stelt het Zorginstituut dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van verminking. Op de beschikbare foto's in het dossier is niet zichtbaar dat sprake is van een vet- en huidoverschot van de buik vergelijkbaar met PRS graad 3. Ook is geen sprake van een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Verzoekster voldoet dan ook niet aan de voorwaarde van verminking.
- Daarnaast blijkt uit de beschikbare informatie dat verzoekster haar smetplekken zelf behandelt met sudocrème. Er heeft geen behandeling plaatsgevonden conform de in de VAV-Werkwijzer genoemde landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' uit 2004. In deze richtlijn staat onder meer beschreven dat een deskundige moet worden geraadpleegd bij de behandeling van de smetplekken. Nu uit de beschikbare informatie niet blijkt dat verzoekster volgens de geldende richtlijn is behandeld voor haar smetplekken, is niet aangetoond dat bij haar sprake is van onbehandelbaar smetten.
- Een ernstige bewegingsbeperking is aan de orde als het buikschort minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt. Op basis van de beschikbare foto's blijkt niet dat dit bij verzoekster het geval is. Het Zorginstituut adviseert de commissie dat op grond van de beschikbare informatie verzoekster niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van de aangevraagde buikwandcorrectie.
- In zijn definitief advies van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht nader toegelicht hoe hij tot de conclusie is gekomen dat bij verzoekster geen sprake is van een vet- en huidoverschot van de buik vergelijkbaar met PRS 3.
- 7.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten oproepen voor het spreekuur. Ter zitting heeft verzoekster hierover gesteld dat haar situatie na de aanvraag is verslechterd en dat zij van een spreekuur had verwacht dat er nieuwe foto's zouden worden genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband toegelicht dat hij hiermee niet bekend was en dat hij verzoekster daarom niet heeft uitgenodigd voor het spreekuur. Aangezien de ziektekostenverzekeraar, zoals door hem gesteld en door verzoekster niet althans onvoldoende gemotiveerd weersproken, niet bekend was met het feit dat de foto's geen actueel beeld gaven

van de situatie, kan de commissie hem volgen in zijn uitleg dat hij verzoekster om die reden niet heeft uitgenodigd voor het spreekuur.

De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd – waaronder haar stelling dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten oproepen voor het spreekuur - geen aanleiding om het advies van het Zorginstituut niet te volgen. Haar stelling impliceert dat de verstrekte informatie, waaronder de foto's, geen goed beeld gaf van de werkelijke situatie. Indien dit inderdaad het geval zou zijn, merkt de commissie op dat het aan verzoekster en de behandelend plastisch chirurg was bij het indienen van de aanvraag informatie aan te leveren waaruit het bestaan van een verzekeringsindicatie blijkt. Van dit laatste is niet gebleken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 december 2025,

H.A.J. Kroon

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. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 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;
- 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

2.1 Recht op zorg

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

- a. verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b. verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk '[B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#)' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

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

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Jaarlijks wordt u (verzekeringnemer) door ons geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekering en de nieuwe premie (voor u en uw medeverzekerden). U ontvangt hiervoor een (gezins)polisblad. Daarnaast stellen wij jaarlijks de polisbladen beschikbaar via [MijnFBTO](#). Klanten met voorkeur voor postale communicatie ontvangen een nieuw polisblad wanneer er wijzigingen in de polis worden doorgegeven. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

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

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

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarden voor het recht op deze zorg

1. Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen voor de transplantatie. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.
2. Voor het vervoer van de donor moeten wij u toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

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

B.23 Plastische chirurgie

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

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

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

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de [Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl](https://zorgzoeker.fbto.nl) of neem contact met ons op.

B.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([24.1](#)) en geriatrische revalidatie ([24.2](#)).

24.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a. stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b. een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.