

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek (buikwandcorrectie), ACNES
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer	: 202100973
Zittingsdatum	: 15 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 4 mei 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Zij heeft hieraan voldaan; op 8 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Op 1 juni 2021 heeft de commissie verzoekster per brief in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Van deze mogelijkheid heeft verzoekster op 1 respectievelijk 3 juni 2021 gebruik gemaakt.
- 2.3. Nadat de ziektekostenverzekeraar, onder toezending van kopieën van de door de commissie ontvangen stukken, om een reactie was gevraagd, heeft verzoekster op 29 juni 2021 en 2 juli 2021 per e-mail haar verzoek nader onderbouwd. Kopieën hiervan zijn op 30 juni 2021 respectievelijk 5 juli 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 5 juli 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.5. Op 26 juli 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021026727) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 juli 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 september 2021 per brief uitgenodigd voor een hoorzitting op 22 september 2021. Op verzoek van verzoekster is deze hoorzitting verplaatst.
Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn vervolgens op 13 oktober 2021 per brief uitgenodigd voor een hoorzitting op 3 november 2021. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar is deze hoorzitting verplaatst.
Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 17 december 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 21 december 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend KLM*** en Aanvullend Tand** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in het verleden verschillende operaties aan haar buik ondergaan. Op enig moment kreeg zij aanhoudende pijnklachten in haar buikregio. Deze zijn in 2018 geduid als Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES), ook wel het buikwandpijnsyndroom genoemd. Hiervoor hebben verschillende ziekenhuisopnames en onderzoeken plaatsgevonden. Een andere somatische oorzaak van de pijnklachten dan ACNES is daarbij uitgesloten. Verzoekster is voor de buikpijnklachten in behandeling (geweest) bij het een ziekenhuis, alwaar zij de pijnpoli, een chirurg en een plastisch chirurg bezocht alsmede bij een obesitaskliniek en een psycholoog, dit alles met beperkt resultaat.
Daarnaast is verzoekster bekend met meralgia paresthetica. Dit is een beknelde zenuw in het bovenbeen die pijnklachten geeft aan de voor- en zijkant van het bovenbeen. Hiervoor is verzoekster behandeld door een anesthesioloog.
- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft op 18 juni 2020 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een abdominoplastiek inclusief navelreïnsertie en reven fascia abdominalis (verder: buikwandcorrectie). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 26 juni 2020 per brief meegedeeld dat hij de aanvraag heeft afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij herhaling verzocht om heroverweging van deze beslissing. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aanvullende informatie opgevraagd bij verzoekster en haar behandelend plastisch chirurg. Na ontvangst van de nadere informatie, heeft de ziektekostenverzekeraar op 10 augustus 2020, 14 augustus 2020, 25 augustus 2020, 10 september 2020 en 21 april 2021 per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.5. Op 26 juli 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...)

Stand van de wetenschap en praktijk

De behandeling van patiënten met ACNES is omschreven in de recent verschenen multidisciplinaire richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (publicatiedatum 13 maart 2021). Uit deze richtlijn wordt duidelijk dat een abdominoplastiek geen onderdeel uitmaakt van de behandeling van patiënten met ACNES. De ingreep voldoet voor deze indicatie derhalve niet aan de stand van wetenschap en praktijk. Specifiek voor het voorliggende geschil is tevens niet duidelijk of het ACNES-syndroom is ontstaan in navolging van de gastric bypass (en daarmee ontstaan van buikhuidsurplus) of dat de diagnose reeds was gesteld voor de gastric bypass. Getuige de voorgeschiedenis die is opgenomen in het dossier lijkt het laatste waarschijnlijk. Daarmee lijkt ook de relatie tussen het buikhuidsurplus en de pijnklachten door ACNES minder aannemelijk.

Verminking

Hoewel er uit het dossier niet blijkt dat de ingreep werd aangevraagd in het kader van een verminking of lichamelijke functiestoornis, heeft het Zorginstituut dit voor de volledigheid wel beoordeeld. Op basis van de beschikbare foto's in het dossier kan echter niet geconcludeerd worden dat sprake is van een ernstige verworven misvorming die vergelijkbaar is met Pittsburgh Rating Scale graad 3 of een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Er is derhalve geen sprake van verminking zoals deze is omschreven in Artikel 2.4 van het Bzv en de VAV-Werkwijzer.

Lichamelijke functiestoornissen

Uit het dossier kan niet worden opgemaakt of verzoekster volgens de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' is behandeld, noch dat er op dit moment smetten aanwezig zijn. Daarbij geeft verzoekster aan dat zij nog twee controles heeft bij de huisarts om het resultaat te evalueren. Er kan daarom niet worden gesproken van chronische (> 6 maanden), onbehandelbare smetten. Ook blijkt niet, en is niet aangevoerd, dat bij verzoekster sprake is van een ernstige bewegingsbeperking.

(...)

Conclusie

Een abdominoplastiek bij ACNES voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is ook niet aangetoond dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een abdominoplastiek ten laste van de basisverzekering.

(...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag voor een buikwandcorrectie alsnog in te willigen.

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 A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel op pagina 50 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van overeenkomstige toepassing is verklaard op laatstbedoelde verzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch-chirurgische aard 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.

Standpunt verzoekster

6.2. Volgens verzoekster heeft zij aanspraak op de aangevraagde buikwandcorrectie. Zij voert hiertoe het volgende aan.

De buikwandcorrectie is niet cosmetisch, maar medisch van aard. Deze behandeling moet de pijnklachten verhelpen die haar fors beperken in haar functioneren, zowel privé als beroepsmatig, en bij het bewegen. Meerdere betrokken artsen, namelijk de chirurg, plastisch chirurg, revalidatiearts en anesthesioloog, onderschrijven de medische noodzaak van een buikwandcorrectie. Verzoekster verwijst hiervoor naar de diverse medische verklaringen die zij heeft overgelegd.

Verzoekster heeft, ondanks het gebruik van sterke pijnstilling, last van aanhoudende en hevige buikpijnklachten. De oorzaak hiervan is het buikhuidsurplus dat aan de buikwand trekt. Immers, intra-abdominale pathologie is op meerdere manieren uitgesloten, terwijl de buikpijnklachten verminderen wanneer de buikwand wordt ondersteund. De plastisch chirurg heeft in dit

kader verklaard dat een buikwandcorrectie de ACNES-component van de pijn gunstig kan beïnvloeden.

Daarnaast heeft verzoekster pijnklachten aan het rechterbeen, volgens haar als gevolg van een beknelde zenuw in de lies. Verzoekster stelt dat de behandelingen die hiervoor hebben plaatsgevonden mede geen effect hadden door het buikhuidsurplus. De anesthesioloog heeft verklaard dat zij door middel van perifere zenuwblokkades heeft kunnen vaststellen dat verzoekster onder andere klachten heeft van een meralgia paresthetica. Tevens heeft zij verklaard dat het therapeutisch gunstig kan uitpakken als er zo weinig mogelijk mechanische druk op het liesgebied staat. Sinds kort heeft verzoekster tevens pijnklachten aan haar linkerbeen.

De buikwandcorrectie is volgens verzoekster de enige manier om de pijnklachten en de daaruit voortvloeiende beperkingen te verhelpen. De revalidatiearts heeft in dit verband verklaard dat verdere behandeling hoogst waarschijnlijk leidt tot onvoldoende resultaat.

Volgens de plastisch chirurg is bij verzoekster sprake van chronisch smetten. Zij wordt hiervoor behandeld door de huisarts. Verzoekster heeft in dit verband op 28 augustus 2020 verklaard dat zij nog twee controles moet ondergaan volgens de Richtlijn 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling', maar dat zij geen verbetering verwacht.

De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie afgewezen omdat de op de aanvraag vermelde BMI te hoog is. Verzoekster voert in dit kader aan dat de bewegingsbeperkingen en de beperkingen bij het slapen, die het gevolg zijn van haar pijnklachten, het bereiken van een lagere BMI bemoeilijken.

- 6.3. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij ook last heeft van een bewegingsbeperking als gevolg van het huidoverschot op haar buik. Het huidoverschot hangt over haar benen, waardoor zij bijvoorbeeld niet meer kan fietsen. Ten aanzien van het smetten heeft verzoekster verklaard dat dit altijd aanwezig is. Warmte of veel beweging leidt tot verergering van het smetten. Zij gebruikt de door de huisarts voorgeschreven middelen, maar desondanks blijft het terugkomen. Er is wel contact geweest met een dermatoloog, maar deze zou dezelfde producten voorschrijven die verzoekster nu al gebruikt. Verzoekster heeft benadrukt dat het haar niet gaat om het krijgen van een platte buik, maar dat zij alleen van de pijn af wil.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie, omdat zij niet voldoet aan de hiervoor geldende polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving. Hij licht dit als volgt toe. Een buikwandcorrectie bij ACNES is niet volgens de stand van de wetenschap en praktijk. Er is in de literatuur onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van de behandeling bij deze indicatie. Verder is bij verzoekster geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, zoals bedoeld in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (verder: VAV-werkwijzer). Bij verzoekster bestaat geen onbehandelbaar smetten, een ernstige bewegingsbeperking, Pittsburgh Rating Scale graad 3 of een verminking die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Er is weliswaar een behandeling ingezet naar het smetten, maar verslaglegging van het resultaat hiervan ontbreekt. Bovendien is niet gebleken dat voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad en dat de landelijke richtlijn 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' is gevolgd. Pijnklachten vormen in dit verband geen indicatie. Voorts is de op de aanvraag vermelde BMI van 35,8 te hoog.
- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de eerder gebruikte afwijsggrond, te weten de hoogte van de BMI, niet meer wordt gehandhaafd. Zoals in de heroverweging is aangevoerd, wordt de aanvraag afgewezen omdat de aangevraagde behandeling bij de indicatie ACNES niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.6. De commissie overweegt dat de buikwandcorrectie is aangevraagd op grond van de indicatie ACNES. Daarom wordt alleen getoetst op basis van deze indicatie. Ten aanzien van de door verzoekster gestelde functionele beperkingen en smetten kan zij een nieuwe aanvraag indienen.

In artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een buikwandcorrectie bij de indicatie ACNES niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling van dit standpunt neemt de commissie het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.

- 6.7. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.8. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.9. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.10. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot een buikwandcorrectie bij de indicatie ACNES. Het advies van 26 juli 2021 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut constateert dat uit de multidisciplinaire richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde blijkt dat een buikwandcorrectie geen onderdeel is van de behandeling van patiënten met ACNES. Om die reden is een buikwandcorrectie bij de indicatie ACNES niet overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast tekent het Zorginstituut aan dat uit de aanwezige informatie valt af te leiden dat ACNES waarschijnlijk reeds bij verzoekster aanwezig was voordat de gastric bypass bij haar werd uitgevoerd. Hiermee is een causaal verband tussen het buikhuidsurplus en de pijnklachten door ACNES minder aannemelijk.
- De commissie ziet in hetgeen verzoekster naar voren heeft gebracht geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit advies over. Het voorgaande betekent dat een buikwandcorrectie ter behandeling van ACNES geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering.

- 6.11. Aangezien voor de indicatie ACNES niet is voldaan aan artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoekster geen aanspraak op de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een buikwandcorrectie.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 januari 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel A.17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

A.19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven onder andere:

- a om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- b om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- c om producten en diensten te verbeteren;
- d om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- e voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
- f om risico's in te schatten;
- g voor relatiebeheer;
- h om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van uw gegevens verwijzen wij naar ons Privacystatement, te raadplegen op www.zilverenkruis.nl

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons Privacystatement, te raadplegen op www.zilverenkruis.nl.



Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:
a kiezen van de donor;
b operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
c onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;
- b vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
- c vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op! Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

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.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

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. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.26 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;
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 verslakte 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 transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);

g agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (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.31.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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



Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

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

B.27 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (27.1) en geriatrische revalidatie (27.2).

27.1 Medisch 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.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
- 2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject;

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel A.4.3.2.

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

27.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening, sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.



C: Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel A.1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel A.4.3 (Niet-gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

C.1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U kunt één verzekering kiezen uit de Basis Plus Module en de Aanvullend 1-4 sterren. Daarnaast kunt u één verzekering kiezen uit de Aanvullend Tand Basis en Aanvullend Tand 1-4 sterren. Daarnaast kunt u Extra Vitaal afsluiten. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel C.6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af.

Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel A.20;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen;
- u een ZieZo Selectief of ZieZo Basis (basisverzekering) heeft afgesloten;
- u geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

C.2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel A.15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel D.9. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
- c wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.



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;

(...)

.