

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500371

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft in een telefoongesprek op 16 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is bij brief van 18 september 2025 schriftelijk aan haar bevestigd. Op 3 oktober 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 8 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 december 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 6 januari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025028599) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 januari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 17 februari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 januari 2026 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 500 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Namens verzoekster is op 31 januari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een lower bodylift, inclusief opbouwplastiek bil, (hierna: lower body lift). Bij brief van 7 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.3. Vervolgens is namens verzoekster op 23 februari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een abdominoplastiek, inclusief navelinsertie en reven fascia abdominalis, (hierna: buikwandcorrectie). Bij brief van 24 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 14 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 6 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog toestemming te verlenen voor een lower bodylift dan wel een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij klachtenformulier van 24 februari 2025 toegelicht dat in eerste instantie een aanvraag is ingediend voor een lower bodylift. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Omdat de behandelend plastisch chirurg van oordeel is dat verzoekster voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden, is vervolgens besloten om een aanvraag in te dienen voor een buikwandcorrectie. Ook deze aanvraag is echter afgewezen. In het geval van verzoekster is zowel voldaan aan de voorwaarden die gelden voor een lower bodylift als aan die voor een buikwandcorrectie. Ook de behandelend plastisch chirurg is deze mening toegedaan. Vergelijking van de foto's van verzoekster met die in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (hierna: VAV-Werkwijzer) laat zien dat bij haar sprake is van Pittsburgh Rating Scale (hierna: PRS) graad 3.
- 3.3. Bij brief van 13 december 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij een BMI heeft van minder dan 30 (bij een buikwandcorrectie) of minder dan 35 (bij een lower bodylift). Haar gewicht is ten minste twaalf maanden stabiel. Zij heeft een goede voedingstoestand en heeft nooit gerookt. De laatste bariatrische ingreep was in juni 2021 en dit is ten minste achttien maanden geleden. Verzoekster heeft last van huidoverschot en de behandelend plastisch chirurg heeft bevestigd dat is voldaan aan de hiervoor genoemde voorwaarden. Deze arts heeft verzoekster persoonlijk gezien en op basis van eigen waarneming een professioneel oordeel kunnen geven over de verminking en de bijbehorende PRS-graad. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is evenwel een andere mening toegedaan. De beoordeling door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verbaasd. Er is bij haar namelijk duidelijk sprake van drie over elkaar vallende huidplooien. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar op zijn website beschreven dat de behandelend arts de beoordeling dient uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar stelt de visie van zijn medisch adviseur niettemin boven die van de behandelend plastisch chirurg.

Verzoekster heeft verder aangevoerd dat lichamelijke functiestoornissen zoals smetplekken grotendeels afhankelijk zijn van de persoonlijke hygiëne en de middelen die iemand tot zijn beschikking heeft om deze te voorkomen. Er worden door haar dagelijks veel tijd en kosten besteed aan het proberen te voorkomen van dergelijke aandoeningen. Een verslechterde hygiëne kan immers snel leiden tot complicaties, met alle medische gevolgen en kosten van dien.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht artikel 2.4, eerste lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat dat plastisch-chirurgische zorg slechts voor vergoeding in aanmerking komt indien sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De VAV-Werkwijzer concretiseert dit voor abdominoplastiek door verminking gelijk te stellen aan een PRS graad 3. De aanvraag voldoet aan dit wettelijke criterium. Het Zorginstituut stelt dat de situatie het meest passend is bij een PRS tussen graad 2 en graad 3 en concludeert daarom dat geen sprake is van PRS 3. Deze redenering is niet verenigbaar met de systematiek van de VAV-Werkwijzer, omdat zij berust op een classificatie die daarin niet bestaat. De VAV-Werkwijzer kent uitsluitend vaste categorieën: graad 0, 1, 2 en 3. Een categorie “tussen 2 en 3” bestaat niet. De VAV-Werkwijzer verlangt een indeling in vaste graden en biedt geen ruimte voor een tussencategorie. Indien wordt geoordeeld dat het beeld niet onder PRS 2 valt, maar ook niet exact gelijk wordt gesteld aan de voorbeeldsituatie van PRS 3, ontbreekt daarmee een juridische grond voor afwijzing. Daarbij is van belang dat de PRS zelf, zoals beschreven in de oorspronkelijke publicatie van Song, eveneens uitsluitend de categorieën graad 0 tot en met graad 3 kent en geen tussencategorieën. In die publicatie wordt de PRS gebruikt als globale classificatie van contourvervorming na fors gewichtsverlies. De bijbehorende foto’s dienen ter illustratie van de gradaties en niet als exacte grenswaarden. Door toch een tussenklasse te hanteren en te eisen dat de situatie visueel gelijkwaardig moet zijn aan één specifieke voorbeeldfoto, wijkt de beoordeling af van zowel de VAV-Werkwijzer als van de medische bron waarop deze is gebaseerd. Daarnaast is de conclusie gebaseerd op visuele vergelijking met voorbeeldfoto’s uit de VAV-Werkwijzer. De VAV-Werkwijzer bepaalt echter niet dat slechts sprake is van PRS 3 indien de ernst identiek is aan de voorbeeldfoto. Deze foto’s hebben illustratieve betekenis en zijn geen vaste beoordelingscriteria. Het criterium is PRS graad 3, niet “minstens zo ernstig als figuur X”. Daarbij komt dat het Zorginstituut zelf vaststelt dat de aangeleverde foto’s onscherp zijn en dat meerdere relevante aanzichten ontbreken. Desondanks wordt op basis van deze onvolledige en kwalitatief beperkte gegevens een definitieve medische conclusie getrokken. Juist bij twijfel had lichamenlijk onderzoek moeten plaatsvinden. Daar is meerdere malen om verzocht, maar dat is niet noodzakelijk geacht. De behandelend plastisch chirurg heeft een persoonlijk onderzoek uitgevoerd en expliciet vastgesteld dat sprake is van PRS graad 3. Dat oordeel berust op een klinische beoordeling ter plaatse. Daartegenover staat uitsluitend een dossier- en fotobeoordeling door medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar en later het Zorginstituut, zonder enig eigen lichamenlijk onderzoek. Het oordeel van de behandelend arts is daarmee niet inhoudelijk weerlegd, maar vervangen door een andere interpretatie van foto’s. Dit is medisch en juridisch onvoldoende zorgvuldig. Verder is in de beoordeling gebruikgemaakt van het zijaanzicht en de omvang van het vetschort als argument tegen PRS 3. Deze beoordelingscriteria zijn echter niet als zelfstandige maatstaf voor PRS vastgelegd in de VAV-Werkwijzer of in de PRS. De PRS ziet op contourvervorming en huidoverschot, niet op vetvolume in zijaanzicht. Daarmee is een beoordelingsmethode toegepast die niet als vast beoordelingscriterium is vastgelegd.
- Ten tijde van de aanvraag en het verzoek om heroverweging in december 2024 op de website van de ziektekostenverzekeraar het volgende stond vermeld: “[de ziektekostenverzekeraar] vergoedt de buikwandcorrectie bij een bijzondere medische noodzaak. Uw arts stelt dit vast. Voor vergoeding heeft u vooraf toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig.”. Op grond van deze informatie mocht verzoekster erop vertrouwen dat de medische noodzaak werd vastgesteld door de behandelend arts. De plastisch chirurg heeft dit ook gedaan. In de huidige versie van de website staat: “100% vergoed, alleen bij uitzonderlijke medische noodzaak.” De passage “uw arts stelt dit vast” is daarin vervallen. Dit wijst op een beleidsverzwaring na de aanvraagdatum. In geval van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet gehandeld overeenkomstig haar eigen

destijds gepubliceerde informatie. Niet het oordeel van de behandelend arts was doorslaggevend, maar het oordeel van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Daarmee wijkt de ziektekostenverzekeraar af van zijn eigen communicatie richting verzekerden. Dit is in strijd met het vertrouwensbeginsel en met de eisen van transparantie en rechtszekerheid die van een zorgverzekeraar mogen worden verwacht. Zorgverzekeraars hebben bovendien een wettelijke informatieplicht richting verzekerden.

Verder heeft verzoekster uitgelegd dat zij met de behandelend plastisch chirurg heeft afgesproken dat eerst een lower bodylift zou worden aangevraagd. Als deze zou worden afgewezen, kon een buikwandcorrectie worden aangevraagd. Er is nooit besproken dat de aanvraag van de lower bodylift zou worden ingetrokken.

Er wordt anders gekeken naar de VAV-Werkwijzer. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet de huidplooi aan beide kanten bij de flank overhangen, zoals bij de vierde foto van de vierde rij van figuur 1. Echter, het gaat om de buik en daarom moet worden gekeken naar de vierde foto van de derde rij van figuur 1. Op de vierde foto van de derde rij hangt de buikplooi niet over bij de flanken. Er is in ieder geval sprake van meer dan PRS 2. Dat is ook wat het Zorginstituut verklaart.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van de aangevraagde buikwandcorrectie. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 14 februari 2025 aan verzoekster en in zijn reactie aan de commissie van 8 december 2025 aangevoerd dat niet is voldaan aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 2.4, eerste lid, onder b, van het Besluit Zorgverzekering.
- 4.2. Op grond van de geldende wet- en regelgeving en de van toepassing zijnde voorwaarden van de zorgverzekering geldt dat voor vergoeding van een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering sprake moet zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Voor de beoordeling hiervan wordt gebruik gemaakt van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid. (hierna: VAV-Werkwijzer). De begrippen aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking worden hierin verder uitgewerkt.
- 4.3. Onder verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting wordt in dit verband verstaan een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3 dan wel een verminking die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding.  
Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij onbehandelbaar smetten. Hieronder wordt verstaan chronische (meer dan 6 maanden), onbehandelbare smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische of farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad. Bij de behandeling moet de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' zijn gevolgd. Er kan ook worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bij een ernstige bewegingsbeperking. De bewegingsbeperking wordt als ernstig gezien indien deze ontstaat doordat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengtes 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 percentuele 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.  
Verder geldt, om voor vergoeding in aanmerking te komen, als eis dat de BMI 30 of minder bedraagt, het gewicht gedurende tenminste twaalf maanden stabiel is, en de laatste bariatrische ingreep ten minste achttien maanden geleden heeft plaatsgevonden.

- 4.4. In het geval van verzoekster is niet aan de geldende voorwaarden voldaan. Op basis van de beschikbare foto's kan bij haar niet worden gesproken van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Op de foto van de voorzijde van verzoekster zijn weliswaar twee huidplooien zichtbaar, maar deze zijn veel minder ernstig dan die op de foto's in de VAV-Werkwijzer. De foto van de zijkant toont een geringe grootte vetschort. Dit bevestigt dat de foto van voren een minder ernstig beeld geeft dan de foto in de VAV-Werkwijzer bij een graad 3.

Zoals eerder gesteld, is bij verzoekster ook geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de vorm van onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het in de klachtenprocedure steeds is gegaan over de buikwandcorrectie. Voor de lower bodylift geldt dat deze om dezelfde reden niet voor vergoeding in aanmerking komt als de buikwandcorrectie. Verder is de website niet aangepast. Er staat op de website dat de arts de medische noodzaak vaststelt, maar ook dat voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. In dit verband geldt dat een verschil bestaat tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie. Als een arts een medische indicatie stelt, betekent dit niet automatisch dat een zorgverzekeraar ook moet vergoeden. De ziektekostenverzekeraar moet zich houden aan wet- en regelgeving.

Ten aanzien van de PRS-classificatie geldt dat de ziektekostenverzekeraar zich steeds op het standpunt heeft gesteld dat sprake is van PRS 2. De tussenclassificatie van de PRS komt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut. Het Zorginstituut concludeert ook dat geen sprake is van PRS 3.

Er is geen fysiek onderzoek uitgevoerd. In de meeste gevallen zijn aanvragen goed te beoordelen op basis van beschikbare informatie zoals foto's en is dit niet nodig. De ziektekostenverzekeraar herkent zich niet in de opmerking van het Zorginstituut dat de foto's niet scherp zijn. Aan verzoekster is uitgelegd dat zij welkom is op het spreekuur, maar dat dit naar verwachting geen consequenties zal hebben voor de beoordeling, gezien de beschikbare foto's.

Uit contact met de behandelend plastisch chirurg is gebleken dat hij een ander kader gebruikt voor de beoordeling. De arts gaf namelijk aan dat in de tekst van het artikel staat dat bij een dubbele huidplooi al sprake is van een PRS 3. Dit staat inderdaad in de tekst, maar in de VAV-Werkwijzer is uitdrukkelijk bepaald dat moet worden gekeken naar de foto's en niet naar de tekst van het artikel. Voor de dubbele huidplooi geldt dat bij PRS 2 eventueel een dubbele huidplooi kan bestaan, maar dat die niet over elkaar heen valt. Bij de PRS 3 vallen de huidplooien duidelijk over elkaar heen. Verder gaat de onderste huidplooi bij PRS 3 over de mons pubis heen en dat is bij PRS 2 niet het geval.

De aanvraag van de lower bodylift bevatte onvoldoende foto's. Echter, op basis van de drie beschikbare foto's kon wel worden beoordeeld dat niet was voldaan aan de voorwaarden.

Vervolgens is een buikwandcorrectie aangevraagd met de betreffende foto's en die beoordeling kon worden uitgevoerd. De voorwaarden voor een lower bodylift en een buikwandcorrectie liggen heel dicht tegen elkaar aan. Voor beide geldt dat geen aanspraak bestond op die zorg, omdat geen sprake is van PRS 3. Bij een lower bodylift wordt goed gekeken naar de buik, maar ook naar de rug, flanken, billen, heupen en mons pubis. Op basis van de beschikbare foto's kon de ziektekostenverzekeraar alleen de buikwand tot en met de heupen beoordelen. Van de andere locaties waren geen foto's beschikbaar. Omdat het uiteindelijk gaat om het geheel, is de kans klein dat als de beoordeling van het abdomen negatief uitvalt, foto's van de andere locaties tot een ander oordeel leiden.

Er wordt beoordeeld of sprake is van PRS 3 en niet of sprake is van bijvoorbeeld PRS 1,5 of 2,2. De onderste twee rijen foto's van figuur 1 zijn in dit geval van belang. Voor het abdomen moet worden gekeken naar de derde rij foto's van figuur 1. De derde foto van deze rij is PRS 2 en de vierde foto is PRS 3. Op de vierde foto van de derde rij is duidelijk een dubbele huidplooi zichtbaar. Onder de bh zijn twee huidplooien naast elkaar en is het mons pubis zichtbaar. De bovenste plooi ligt duidelijk over de tweede plooi heen bij PRS 3. Bij PRS 2 is iets van verhevenheid zichtbaar, maar valt de plooi niet over de andere plooi. Dat overheen vallen van de plooien is nog duidelijker op de vierde foto van de vierde rij. De foto's bij de aanvragen komen hiermee niet overeen.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 6 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Beoordeling*

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*Volgens de medische correspondentie in het dossier heeft verzoekster meer dan 18 maanden geleden bariatrische chirurgie ondergaan. Ze heeft langer dan 12 maanden een stabiel gewicht met een BMI van 30.4 kg/m<sup>2</sup> (bij een gewicht van 92 kg en een lengte van 1,74 m).*

*In de VAV werkwijzer wordt voor de beoordeling van de PRS verwezen naar de foto’s in de publicatie van Song et al. (2006) en bijlage 2. Het dossier van verzoekster bevat drie onscherpe foto’s van het abdomen en de onderste extremiteiten (pag. 21 t/m 23). Twee foto’s zijn van [het] linker zijaanzicht en een foto van [het] vooraanzicht.*

*Indicatie lower bodylift*

*Verminking*

*De lower bodylift komt bij een uitgebreid beeld van verminking (dus in meerdere lichaamsgebieden) in aanmerking voor vergoeding. Om te beoordelen of er in dit geschil hiervan sprake is, zijn de foto’s in het dossier beoordeeld. Foto’s van het rechter zijaanzicht en van het achteraanzicht van abdomen/rug en onderste extremiteiten ontbreken echter. Er is, op basis van de aangeleverde foto’s, geen ‘uitgebreid beeld’ van verminking (PRS 3) aanwezig.*

*Aantoonbare lichamelijke functiestoornis*

*Er is geen sprake van onhandelbare smetplekken en ook niet van een ernstige bewegingsbeperking.*

*Indicatie abdominoplastiek*

*Verminking*

*De foto’s van verzoekster zijn vergeleken met de foto’s van de VAV werkwijzer, figuur 1 in bijlage 2, 3e rij. Hoewel verzoekster in het vooraanzicht een dubbele buikplooï heeft, is dit minder in ernst dan de foto van PRS graad 3 uit de werkwijzer. Het beeld is het meest passend bij een PRS tussen graad 2 en graad 3. Zodoende betreft het dus geen PRS graad 3. Ook is er geen sprake van verminking die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding.*

*Ernstige bewegingsbeperking*

*Ook is er geen sprake van een buikoverhang die ¼ van het bovenbeen bedekt. Zodoende is er geen sprake van een ernstige bewegingsbeperking. Daarnaast is er geen sprake van onhandelbare smetplekken.*

*Conclusie*

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking, een lichamelijke functiestoornis of een ernstige bewegingsbeperking. Verzoekster kan om die reden geen aanspraak maken op [een] vergoeding van een lower bodylift of een abdominoplastiek ten laste van de basisverzekering.*

*Advies*

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een lower bodylift of een abdominoplastiek ten laste van de basisverzekering.”*

- 5.2. In het definitief advies van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de pleitnota van verzoekster ontvangen.*

*Uit de hiervoor genoemde stukken 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.*

*De commissie verzoekt het Zorginstituut aandacht te besteden aan hetgeen verzoekster ter zitting heeft gesteld over hoe de foto’s moeten worden beoordeeld en haar stelling dat een PRS-tussencategorie 2-3 niet bestaat.*

*Voor wat betreft de stelling van verzoekster dat het Zorginstituut ten onrechte een ‘tussencategorie’ binnen PRS 2 en PRS 3 heeft gehanteerd, merkt het Zorginstituut op dat de PRS classificering een niet-continue meetmaat is. Dit is een meetmethode of variabele waarbij de meetwaarden uit aparte, afzonderlijke waarden bestaan en er dus geen tussenliggende waarden mogelijk zijn. Het is dan mogelijk dat het beeld van een verzekerde tussen bijvoorbeeld PRS 2 en PRS 3 zit, maar als de drempel van PRS 3 dan niet behaald wordt, betreft het hier dus een PRS 2. Een tussencategorie is niet mogelijk en is als zodanig ook niet door het Zorginstituut gehanteerd.*

*Daarnaast geeft verzoekster in haar pleitnota aan dat het Zorginstituut de beoordeling heeft gebaseerd op onscherpe foto’s waarbij ook meerdere relevante aanzichten ontbreken. Het Zorginstituut heeft zijn advies, zoals ook in het voorlopig advies aangegeven, gebaseerd op basis van de aangeleverde foto’s die onderdeel uitmaken van het dossier. Hoewel de foto’s van verzoekster onscherp zijn, waren deze wel van voldoende kwaliteit om de PRS graad van de onderste lichaamshelft van verzoekster vast te stellen. De verwachting is niet dat andere foto’s tot een andersluidend advies zouden hebben geleid. Het is daarnaast zo dat een verzekerde alleen in aanmerking komt voor een vergoeding van een lower bodylift, wanneer meerdere gebieden zijn aangedaan (PRS 3).*

*Tenslotte behoort het niet tot de taak van het Zorginstituut om lichamelijk onderzoek te verrichten, zoals verzoekster wenst”.*

## **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.17 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 behandelingen van plastisch chirurgische aard 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 heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de visie van zijn medisch adviseur ten onrechte boven die van de behandelend plastisch chirurg stelt. Ook heeft zij gesteld dat de ziektekostenverzekeraar handelt in strijd met de informatie op zijn website over de beoordeling van aanvragen. De commissie volgt verzoekster hierin niet en overweegt, waar het gaat om de zorgverzekering, als volgt.

Het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen ligt bij de behandelend arts. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk?’), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat (is diegene ‘redelijkerwijs aangewezen op’ de zorg of andere dienst en is voldaan aan de door de wetgever gestelde nadere voorwaarden ter zake?), (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de zorgverzekeraar) en tot slot (iv) – indien overeengekomen – de behandeling doelmatig is.

- 7.3. Namens verzoekster zijn twee aanvragen ingediend, namelijk achtereenvolgens voor een lower bodylift en voor een buikwandcorrectie. Beide ingrepen zijn behandelingen van plastisch chirurgische aard. Verzoekster wil de gevraagde behandelingen graag ondergaan. De reden hiervoor heeft verzoeker duidelijk aan de commissie uitgelegd. De commissie begrijpt de wens van verzoekster voor de keuze van de aangevraagde behandelingen. Dit staat los van de taak die de commissie heeft om te beoordelen of de aangevraagde behandelingen voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering.

- 7.4. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat. Voor de aanspraak op plastische chirurgie gelden voorwaarden. Deze staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Hetgeen is beschreven op de pagina’s 41 en 42 van de voorwaarden 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 van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is uitgewerkt in de VAV-Werkwijzer. Hierin is opgenomen dat doorgaans geen vergoeding van een lower bodylift mogelijk is als het gewichtsverlies nog niet is voltooid en gedurende ten minste twaalf maanden gestabiliseerd én bij een BMI van meer dan 35. Voor vergoeding van een buikwandcorrectie geldt dat sprake moet zijn van een BMI van 30 of minder, het gewicht gedurende ten minste twaalf maanden stabiel is én de laatste bariatrische ingreep ten minste achttien maanden geleden heeft plaatsgevonden. De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.

- 7.5. 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. In het geval van een buikwandcorrectie geldt daartoe dat de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte as van het bovenbeen moet bedekken. Ten aanzien van een lower bodylift wordt in de VAV-Werkwijzer verwezen naar de beoordeling van een buikwandcorrectie.

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. Verminking kan daarnaast aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3 (PRS 3). Bij een lower bodylift moet het dan gaan om een 'uitgebreid beeld' van verminking, dat wil zeggen in meerdere lichaamsgebieden.

- 7.6. Op 6 januari 2026 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies aan de commissie uitgebracht. In dit advies heeft het Zorginstituut opgemerkt dat verzoekster, volgens de medische correspondentie, meer dan achttien maanden geleden bariatrische chirurgie heeft ondergaan. Zij heeft langer dan twaalf maanden een stabiel gewicht met een BMI van 30,4 kg/m<sup>2</sup>. Daarnaast heeft het Zorginstituut toegelicht dat in de VAV-Werkwijzer voor de beoordeling van de PRS wordt verwezen naar de foto's in de publicatie van Song et al. (2006) en bijlage 2. Het dossier van verzoekster bevat drie onscherpe foto's van het abdomen en de onderste extremiteiten. Twee foto's zijn van het linker zijaanzicht en een foto van het vooraanzicht.

Het Zorginstituut heeft uitgelegd dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet kan worden geconcludeerd dat bij verzoekster sprake is van verminking, een lichamelijke functiestoornis of een ernstige bewegingsbeperking. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een lower bodylift of een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

Voor de aanspraak op een lower bodylift geldt dat op basis van de aangeleverde foto's geen 'uitgebreid beeld' van verminking (PRS 3) aanwezig is. Ook is er geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de vorm van een ernstige bewegingsbeperking of onbehandelbare smetplekken. Ten aanzien van de aanspraak op een buikwandcorrectie geldt dat de bij verzoekster zichtbare dubbele huidplooi het meest passend is bij een PRS tussen graad 2 en graad 3. Zodoende betreft het geen PRS 3. Verder is geen sprake van verminking die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Ook is er bij haar geen lichamelijke functiestoornis, waaronder in dit verband is te verstaan een ernstige bewegingsbeperkingen de vorm van een buikoverhang die een kwart van het bovenbeen bedekt, of onhandelbaar smetten.

Verzoekster heeft zich op het standpunt gesteld dat de redenering van het Zorginstituut, dat sprake is van een situatie het meest passend bij een PRS tussen graad 2 en 3 niet verenigbaar is met de systematiek van de VAV-Werkwijzer, omdat zij berust op een classificatie die daarin niet bestaat. Daarnaast heeft zij opgemerkt dat de beoordeling van het Zorginstituut niet berust op een lichamelijk onderzoek, maar op een beoordeling van foto's die volgens het Zorginstituut onscherp zijn. Bij definitief advies van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut uitgelegd dat de PRS classificering een niet-continue meetmaat is. Dit is een meetmethode of variabele waarbij de meetwaarden uit aparte, afzonderlijke waarden bestaan en er dus geen tussenliggende waarden mogelijk zijn. Het is dan mogelijk dat het beeld van een verzekerde tussen bijvoorbeeld PRS 2 en PRS 3 zit, maar als de drempel van PRS 3 dan niet behaald wordt, betreft het hier dus een PRS 2. Een tussencategorie is niet mogelijk en is als zodanig ook niet door het Zorginstituut gehanteerd. Verder geldt dat, hoewel de foto's van verzoekster onscherp zijn, deze wel van voldoende kwaliteit waren om de PRS graad van de onderste lichaamshelft van verzoekster vast te stellen. De verwachting is niet dat andere foto's tot een andersluidend advies zouden hebben geleid, aldus het Zorginstituut. Het is daarnaast zo dat een verzekerde alleen in aanmerking komt voor een vergoeding van een lower bodylift, wanneer meerdere gebieden zijn aangedaan (PRS 3). Tot slot behoort het niet tot de taak van het Zorginstituut om lichamelijk onderzoek te verrichten, zoals verzoekster wenst.

De commissie ziet in hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, waaronder haar stelling dat de aanwezigheid van een verzekeringsindicatie mede wordt bepaald door iemands persoonlijke hygiëne, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Indien, door een gebrek aan persoonlijke hygiëne, inderdaad smetten ontstaat, is behandeling daarvan volgens de richtlijn aangewezen. Pas als dit aantoonbaar geen effect heeft en een operatie nog het enige alternatief vormt, komt een plastisch chirurgische behandeling in beeld.

De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op een lower bodylift dan wel een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

*Slotsom*

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

**8. Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 april 2026,

J.J.M. Linders

## **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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 gehemeltespelen, 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.

hogere percentage te vergoeden. Wij nemen uw verzoek in behandeling en vertellen u binnen 4 weken of wij u een hogere vergoeding kunnen bieden. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

### **i Let op**

Vraag bij uw zorgaanbieder naar zijn behandel tarief en de behandelcode voor de behandeling. Met de behandelcode kan de maximale vergoeding worden bepaald. Houdt u rekening met onverwachte omstandigheden, zoals complicaties, vervolgbehandelingen, een andere behandelcode of uitstel van de behandeling. Een andere behandelcode of het uitstellen van een behandeling kan namelijk van invloed zijn op het vergoedingsbedrag. Door complicaties of vervolgbehandelingen kan het zijn dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder extra kosten in rekening brengt. Het bedrag dat u zelf moet betalen kan dan hoger uitvallen.

## **De Menzis Zorgvinder**

Menzis maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Menzis een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Menzis Zorgvinder', op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder).

### **i Let op**

- Zorgaanbieders zijn verplicht om zich op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) te melden of een vergunning te hebben voor het verlenen van zorg. Voor sommige zorgaanbieders geldt een uitzondering. U kunt alleen naar een zorgaanbieder die aantoonbaar voldoet aan de vereisten van de Wtza.
- Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

## **Overeengekomen volume (omzetplafond)**

Als Menzis een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder kan het zijn dat er een afspraak is gemaakt over een maximaal volume (omzetplafond). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgaanbieder u niet meer zelf in behandeling hoeft te nemen, als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt. De zorgaanbieder, of Menzis, helpt u dan een andere zorgaanbieder te vinden die u wél kan behandelen. Als er met een zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt over het volume (omzetplafonds), staat dat in de Zorgvinder aangegeven. Bent u al in behandeling als de zorgaanbieder zijn omzetplafond bereikt? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

## **De inhoud en omvang van de zorg**

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een

verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De zorg moet worden verleend in overeenstemming met de geldende Nederlandse kwaliteitsnormen.

## Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

## Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

## Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 15.

### Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2024 en gesloten in 2025, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2024. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

## Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

### Welke zorg

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

### Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

### Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

## Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

### Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslakte bovenoogleden, als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelsespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

### Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden, behalve als:
  - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of
  - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
  - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,

- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

### Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

### Verwijzing

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

### Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

## Revalidatie

### Medisch specialistische revalidatie

**Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.**

### Welke zorg

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van: