

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lower bodylift, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202200318
Zittingsdatum : 19 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 27 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 8 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 september 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 26 september 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022036520) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 september 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2022 door de commissie gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting, de voorgedragen pleitnota en een nagekomen stuk van de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 november 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 1 november 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Zorgt Beter en VGZ Zorgt Tand Beter (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 12 november 2021 heeft de behandelend plastisch chirurg ten behoeve van verzoekster een aanvraag gedaan voor een lower bodylift, met eventueel een lift/reductie van de mons pubis. De ziektekostenverzekeraar besliste op 15 november 2021 afwijzend op deze aanvraag.
- 3.3. Bij brief van 30 december 2021 is verzoekster opgekomen tegen de afwijzende beslissing, waarna op 13 januari 2022 een telefoongesprek volgde. Bij brief van 4 februari 2022 bevestigde de ziektekostenverzekeraar hetgeen telefonisch was besproken, waarbij hij aan verzoekster meedeelde zijn beslissing te handhaven.

- 3.4. Bij brief van 26 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 14 november 2022 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming moet geven voor de aangevraagde lower bodylift.
- 4.2. In dat verband verwijst zij naar de aanvraag. Hieruit blijkt dat verzoekster door een lifestyle change 49 kilo is afgevallen. Bij verzoekster is sprake van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en een bewegingsbeperking door het abdominaal vetschort tijdens de ADL. Voorts heeft zij onbehandelbaar smetten in de onderbuikplooi en navel, vooral in de zomer. Ook vertoont zij sociaal vermijdingsgedrag.
Een lower bodylift wordt slechts zelden aangevraagd. Hieruit blijkt volgens verzoekster al dat de behandeling in haar geval écht noodzakelijk is. Door de aanvraag af te wijzen gaat de ziektekostenverzekeraar op de stoel van de behandelend plastisch chirurg zitten. Bovendien is de verklaring van deze arts niet correct ten aanzien van het algemeen beeld van verminking en PRS 3, aangezien dit bij haar wel degelijk aan de orde is.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat ook uit het nagekomen stuk van de arts van 12 november 2021 blijkt dat bij haar sprake is van PRS 3. Een lower bodylift wordt vrijwel nooit aangevraagd, en als dit wel zo is, is het volgens de behandelend arts echt nodig. Op het moment dat verzoekster is gezien door de verzekeringsarts, waren nog niet alle goede papieren voorhanden. Verzoekster vraagt zich af of de ziektekostenverzekeraar uitgaat van dezelfde scaling rates als de behandelend arts. Verder is het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar wel een buikwandcorrectie vergoedt.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 21 van de zorgverzekering en de VAV Werkwijzer, verklaard dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een lower bodylift. Een zodanige indicatie is aanwezig in geval van verminking. Hiervan kan, voor de lichaamsgebieden rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis, worden gesproken bij een PRS 3 in een lichaamsgebied. In de praktijk komt het weinig voor dat iemand aan deze voorwaarde voldoet voor alle genoemde lichaamsgebieden. Een (verzekerings)indicatie bestaat voorts in geval van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals een ernstige bewegingsbeperking en/of chronisch onbehandelbaar smetten. Psychische problemen en schaamte vormen in dit verband geen (verzekerings)indicatie.
Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden voor een lower bodylift. Uit de aanvraag blijkt niet waarom verzoekster niet kan volstaan met een abdominoplastiek. Voor die behandeling komt zij wél in aanmerking. De behandelend plastisch chirurg moet daartoe een nieuwe aanvraag indienen.
Op 1 juni 2022 bezocht verzoekster het spreekuur van de medisch adviseur. Dit heeft niet geleid tot een ander inzicht ten aanzien van de aangevraagde lower bodylift.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat de medisch adviseur tijdens het spreekuur geen aanwijzingen heeft gezien voor dusdanige hoeveelheden overvloedige huid dat redelijkerwijs kan worden verwacht dat dit tot problemen gaat leiden na de buikwandcorrectie. Het akkoord is gegeven in verband met de smetplekken, en niet in verband met verminking. Bij verzoekster is volgens de medisch adviseur sprake van een "krappe" PRS 2.

5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 26 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Op basis van de beschikbare foto's in het dossier is niet aangetoond dat sprake is van ernstige deformiteit passend bij PRS 3. Daarnaast blijkt uit de beschikbare informatie in het dossier niet dat sprake is van een ernstige bewegingsbeperking of onbehandelbaar smetten.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking of een lichamelijke functiestoornis. Verzoekster heeft derhalve geen (verzekerings)indicatie voor een lower bodylift en kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het 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 ten laste van de basisverzekering."

6.2. In het definitief advies van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. Uit het bericht d.d. 12 november 2021 blijkt dat de plastisch chirurg heeft verklaard dat dat sprake is van PRS 3 van abdomen en flank/billen achterzijde. Op basis van de beschikbare foto's in het dossier is echter niet aangetoond dat sprake is van ernstige deformiteit passend bij PRS 3. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

7. Bevoegdheid van de commissie

7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van het Algemeen gedeelte van de voorwaarden van de zorgverzekering.

7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' en 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.

- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de ten behoeve van haar aangevraagde lower bodylift met eventueel een lift/reductie van de mons pubis.
- 8.3. Op grond van artikel 1.1 van het Algemeen gedeelte van de zorgverzekering bestaat recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als de verzekerde op de zorgvorm redelijkerwijs is aangewezen. In artikel 21 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van plastisch chirurgische ingrepen, waarbij de voorwaarde geldt dat sprake moet zijn van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Anders dan verzoekster kennelijk meent, is het aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of hieraan is voldaan. Het bestaan van een medische indicatie betekent niet automatisch dat ook sprake is van een verzekeringsindicatie in de hiervoor bedoelde zin. Het kan dus voorkomen dat de behandelend arts de behandeling noodzakelijk acht (medische indicatie), maar dat de kosten hiervan toch niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Met betrekking tot voornoemde (verzekerings)indicaties wordt het volgende overwogen.
- 8.4. De voorwaarden voor vergoeding van een lower body lift zijn nader uitgewerkt in de VAV Werkwijzer 2019. Evenals het Zorginstituut in zijn voorlopige advies van 26 september 2022 (dat blijkens de brief van 7 november 2022 van het Zorginstituut als definitief wordt beschouwd), hanteert de commissie de VAV werkwijzer als richtsnoer. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan blijkens de VAV Werkwijzer aan de orde zijn in geval van chronisch onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien, die daar altijd aanwezig zijn, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. In de aanvraag wordt gesproken van "onbehandelbaar smetten in de onderbuikplooien en navel, vooral in de zomer." Dat hiervoor een behandeling is gestart is echter niet gebleken, laat staan dat deze behandeling niet succesvol is geweest. Van onbehandelbaar smetten in deze zin is bij verzoekster daarom geen sprake.
- 8.5. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in het kader van een lower bodylift voorts sprake in geval van een ernstige bewegingsbeperking. De aanvraag vermeldt: "aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en een bewegingsbeperking door het abdominaal vetschort tijdens ADL." Door de ziektekostenverzekeraar is het bestaan van een ernstige bewegingsbeperking bestreden. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 26 september 2022 voldoet verzoekster niet aan voornoemde voorwaarde.
- 8.6. Van verminking kan worden gesproken in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van een ernstige misvorming in deze zin is bij verzoekster geen sprake.
- 8.7. Verminking kan eveneens aan de orde zijn bij een Pittsburgh Rating Scale graad 3 in een (symmetrisch) lichaamsgebied. Hierbij gaat het om de rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis. Uit eerdere adviezen van het Zorginstituut aan de commissie (o.a. GcZ, 10 oktober 2018, SKGZ201800350) valt op te maken dat het niet noodzakelijk is een Pittsburgh Rating Scale graad 3 te hebben op alle gebieden. Een lower bodylift kan echter alleen bij een uitgebreid beeld van verminking worden beschouwd als doelmatige en verzekerde zorg. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat ten aanzien van de flanken, bovenbenen, billen en mons pubis niet kan worden gesproken van verminking. De commissie deelt dit standpunt van

de ziektekostenverzekeraar. Op basis van hetgeen door verzoekster is verklaard en de door haar overgelegde foto's staat niet vast dat het huidsurplus van de flanken, bovenbenen, billen en mons pubis zodanig ernstig is dat kan worden gesproken van een uitgebreid beeld van verminking als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden. Deze conclusie wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 26 september 2022.

- 8.8. Aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden met betrekking tot de onderhavige plastisch-chirurgische behandeling, heeft verzoekster geen aanspraak op een lower bodylift ten laste van de zorgverzekering. De door verzoekster aangevoerde psychische en sociale problemen vormen, hoe ernstig ook, geen verzekeringsindicatie voor een lower bodylift.

Slotom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 december 2022,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een gynaecoloog of uroloog.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Audiologische zorg

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- Onderzoek naar de gehoorfunctie
- Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur
- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - Afwezigheid van een inframammairploo (ploo onder de borst) en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

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

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

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

U heeft geen recht op:

- a. Behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan heeft u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. 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 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde 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.