



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. en DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Schiedam
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie-extirpatie, Tannerstadium
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer	: 202002274
Zittingsdatum	: 28 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 
- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A., en
2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Schiedam
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 
- 2.1. Op 20 januari 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 maart 2021 aan verzoeker gezonden.
- 
- 2.3. Op 15 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021011146) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 april 2021 aan partijen gestuurd.
- 
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 april 2021 gehoord.
- 
- 2.5. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat verzoeker binnen vier weken aanvullend beeldmateriaal van een medisch fotograaf aan de commissie stuurt en dat de ziektekostenverzekeraar hierop mag reageren. Verzoeker heeft op 29 april 2021 de foto's aan de commissie gezonden en op 4 mei 2021 een verklaring van de behandelend plastisch chirurg. Kopieën hiervan zijn op 6 mei 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 mei 2021 aan de commissie meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota van verzoeker en de nagekomen stukken zijn op 19 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 1 juni 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Op 2 juni 2021 is een kopie van voornoemd advies aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft op 4 juni 2021 gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. Een kopie van zijn reactie is op 17 juni 2021 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 
- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoeker heeft last van borstvorming en hij heeft zich in verband hiermee gewend tot een plastisch chirurg. Deze heeft een gynaecomastie-extirpatie voorgesteld.
- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft in de aanvraag over verzoeker verklaard:
- "Voorgeselecteerde verrichtingcode: 033921 - Gynaecomastie-extirpatie.
(...)
Wat is de reden van de ingreep: Gynaecomastie bdz met pijnklachten
Is er sprake van aangetoond klierweefsel: Ja
Bestaat de gynaecomastie langer dan 12 maanden:
Zijn andere oorzaken van gynaecomastie onderzocht en uitgesloten: Ja
Welke oorzaken van gynaecomastie zijn onderzocht en uitgesloten: Echo testis en lab controle zonder afwijkingen
27-02-2020 echo mammae en biopt: conclusie: beeld van gynaecomastie, de mammae zijn hoofdzakelijk opgebouwd uit vetweefsel. Minimaal wat fibroglandulair weefsel achter de tepel beiderzijds. Geen suspectie. BI-RADS
Is er sprake van een duidelijke feminisatie van de borst volgens Tanner stadium M4 of meer: Nee"*
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 27 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. De behandelend plastisch chirurg heeft hierna een nieuwe aanvraag ingediend ten behoeve van verzoeker. In deze aanvraag is de vraag *"Is er sprake van een duidelijke feminisatie van de borst volgens Tanner stadium M4 of meer[?]"* met "Ja" beantwoord. Deze aanvraag is op 29 december 2020 afgewezen door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Op 15 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
- "Gynaecomastie
Vanuit de verrichte echo van de borst komt naar voren dat het beeld passend is bij gynaecomastie, waarbij zich aan beide kanten klierweefsel achter de tepel bevindt. Daarnaast heeft verzoeker een BMI van onder de 30. In het dossier is nauwelijks medische informatie opgenomen, afgezien van de summiere informatie in de aanvraag waaruit blijkt dat bij een echo van de testis en het bloedonderzoek geen afwijkingen zijn gevonden. Desondanks is het voldoende aannemelijk gemaakt dat het een idiopathische gynaecomastie betreft, mede gezien het beloop van de borstvorming. Vergoeding van een gynaecomastie extirpatie is gelet op het voorgaande mogelijk, mits ook sprake is van een verminking.
- Verminking
Er is echter niet voldoende aannemelijk gemaakt dat er sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of hoger. In het dossier zijn foto's van matige kwaliteit bijgevoegd en enkel van het zijaanzicht. Op basis hiervan is niet vast te stellen dat het gaat om een Tannerstadium M4 of hoger. Daarbij blijkt uit de echo tevens dat er slechts een minimale hoeveelheid klierweefsel is, wat ondersteunt dat deze karaktereigenschap van een typische feminisatieproces van de borst volgens Tanner niet heeft plaatsgevonden (zie Bijlage 1 van de VAV Werkwijzer). Dit betekent dat er wel sprake is van gynaecomastie, maar dat niet voldoende aannemelijk is gemaakt dat deze vergelijkbaar is met Tannerstadium M4 of hoger. Er is daarom niet aangetoond dat sprake is van een verminking in de zin van de regelgeving.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een gynaecomastie. Er is echter niet aangetoond dat er sprake is van verminking in de zin van de regelgeving. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een gynaecomastie extirpatie ten laste van de basisverzekering."

- 3.8. De behandelend plastisch chirurg heeft op 30 april 2021 het volgende over verzoeker verklaard:

"Op het eerste poli bezoek diagnose van op de grens tussen M3/M4 en op de tweede beoordeling ik heb de mening dat het M4 was."

- 3.9. Op 1 juni 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Aanvullende informatie

Naar aanleiding van het voorlopig advies heeft verweerder tijdens de hoorzitting voorgesteld om nieuwe foto's te laten maken bij een medisch fotograaf. Verzoeker heeft daarmee ingestemd en nieuwe foto's aan het dossier toegevoegd. Daarnaast heeft verzoeker een e-mail van de behandelend plastisch chirurg toegevoegd aan het dossier. De behandelend plastisch chirurg schrijft: 'Op het eerste poli bezoek diagnose van op de grens tussen M3/M4 en op de tweede beoordeling ik heb de mening dat het M4 was.'

Op basis van de nieuwe foto's komt de medisch adviseur van verweerder tot de conclusie dat sprake is van Tanner stadium M3.

Beoordeling

De aanvullende informatie is medisch en juridisch beoordeeld.

Op basis van de nieuwe foto's is geen sprake van borstvorming vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of hoger. De verklaring van de behandelend plastisch chirurg is verder niet onderbouwd en doet daarom niet af aan deze conclusie. Er is niet aangetoond dat sprake is van een verminking in de zin van de regelgeving.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie is niet aangetoond dat sprake is van verminking in de zin van de regelgeving. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een gynaecomastie extirpatie ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van een gynaecomastie extirpatie ten laste van de basisverzekering."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een gynaecomastie-extirpatie alsnog moet goedkeuren.

- 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 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker heeft toegelicht dat hij sinds zijn achtste levensjaar last heeft van borstvorming. Hij is hiermee als kind vaak gepest. Ook nu heeft hij nog regelmatig te maken met ongepaste opmerkingen van derden. Verzoeker draagt weliswaar altijd corrigerende kleding, maar de afwijking blijft zichtbaar. Verzoeker loopt iets voorover, om zodoende de borstvorming te verhullen, maar hierdoor ontstaat druk op zijn rug die dagelijks voelbaar is. Hij heeft veel diëten gevolgd en ook veel gesport, maar dit heeft niet geholpen de borstvorming te verminderen.

Verzoeker is van mening dat hij voldoet aan de door de ziektekostenverzekeraar genoemde voorwaarden. Dit heeft de behandelend plastisch chirurg hem ook bevestigd. Er is sprake van een duidelijke feminisatie van de borsten, dat wil zeggen een Tannerstadium van minimaal M4. Met een echo is aangetoond dat klierweefsel aanwezig is. Daarnaast heeft verzoeker elke dag pijn aan zijn borsten, met name in en rond zijn tepels. Er is ter plekke een harde schijf aanwezig, die hij bij diverse handelingen altijd voelt. De gynaecomastie bestaat inmiddels langer dan twaalf maanden, en er is hiervoor geen onderliggende oorzaak gevonden. Daarnaast is de BMI van verzoeker onder de 30.

De plastisch chirurg heeft op de eerste aanvraag per abuis ingevuld dat geen sprake was van een Tannerstadium van minimaal M4. Verzoeker heeft daarom een nieuwe afspraak gemaakt bij de plastisch chirurg. Deze heeft de borsten nogmaals onderzocht en heeft toen geconcludeerd dat verzoeker ruimschoots voldoet aan de eisen. Volgens verzoeker heeft zijn tepelhof weliswaar geen verdikking of opbolling, zoals moet zijn vastgesteld bij de voorbeeldfoto van Tannerstadium M4, maar de omvang van de borst past hier makkelijk bij. Mogelijk is zelfs sprake van Tannerstadium M5. Daarom heeft de plastisch chirurg een nieuwe aanvraag ingediend, waarbij dit is vermeld, maar ook deze aanvraag is afgewezen door de ziektekostenverzekeraar.

In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft verzoeker aangevoerd dat hem niet is gevraagd om een onderbouwing van de verklaring van de behandelend plastisch chirurg. Hij wordt hier echter wel op afgerekend. Verzoeker benadrukt dat hij niet weet wat de ziektekostenverzekeraar of de commissie precies nodig heeft om alles in goede banen te leiden.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een gynaecomastie-extirpatie een behandeling van plastisch-chirurgische aard is. Deze wordt alleen vergoed vanuit de zorgverzekering in geval van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Van verminking kan in dit verband worden gesproken bij een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is aan de orde bij ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren.

Daarnaast moet sprake zijn van aangetoond klierweefsel, waarbij geen onderliggende oorzaak bestaat, of waarbij deze reeds is behandeld. Ook moet de gynaecomastie langer bestaan dan twaalf maanden.

De aanvraag is afgewezen, omdat in de situatie van verzoeker niet voldaan is aan de verzekeringsvoorwaarden. De behandelend plastisch chirurg heeft in de eerste aanvraag vermeld dat geen sprake is van Tannerstadium M4 of meer. Ook de medisch adviseur van de

ziekttekostenverzekeraar is van oordeel dat het hier geen Tannerstadium M4 betreft. Daarnaast heeft de plastisch chirurg verklaard dat bij verzoeker sprake is van minimaal aangetoond klierweefsel. De pijnklachten die verzoeker ervaart zijn specifiek. Er is geen causaal verband tussen de klierschijf en de pijnklachten. Psychosociale redenen vormen geen grond voor vergoeding van de aangevraagde behandeling.

De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting gesteld dat hij en verzoeker met name van mening verschillen over het antwoord op de vraag of kan worden gesproken van verminking, en in het bijzonder of sprake is van Tanner stadium M4. In het advies van het Zorginstituut is vermeld dat de in het dossier aanwezige foto's onduidelijk zijn. Daarom stelt de ziektekostenverzekeraar voor dat verzoeker foto's laat maken door een medisch fotograaf, verbonden aan de afdeling plastische chirurgie van het ziekenhuis. De kosten van het consult worden door de ziektekostenverzekeraar vergoed en hiervoor wordt geen eigen risico in rekening gebracht.

De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 mei 2021 gereageerd op de door verzoeker op 29 april 2021 toegestuurde foto's. Op basis van deze foto's komt de ziektekostenverzekeraar wederom tot de conclusie dat bij verzoeker sprake is van Tanner stadium M3.

- 6.4. De commissie overweegt dat de zorgverzekering aanspraak biedt op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een gynaecomastie-extirpatie. Voorwaarde om voor (vergoeding van) een dergelijke behandeling in aanmerking te komen is dat sprake moet zijn van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel 18, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemde bepaling vormt een uitwerking van de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv.
- 6.5. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gesproken bij ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij elke dag pijnklachten heeft, met name in en rond zijn tepels. Er is ter plekke een harde schijf aanwezig, die hij bij diverse handelingen altijd voelt. Uit de dossierstukken blijkt echter niet dat de gestelde pijnklachten worden veroorzaakt door het aanwezige klierweefsel. Ook is er geen rechtstreeks verband tussen de rugklachten en de gynaecomastie. Daarom moet worden geconcludeerd dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat bij hem een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 18, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering, aanwezig is.
- 6.6. Verminking is in dit verband aan de orde bij een gynaecomastie met een duidelijke feminisatie van de borst, die vergelijkbaar is met Tannerstadium M4 of meer. De behandelend plastisch chirurg heeft, door middel van een echo, vastgesteld dat klierweefsel aanwezig is en aldus de diagnose gynaecomastie gesteld. Daarnaast heeft hij - in tweede instantie - verklaard dat bij verzoeker sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst die vergelijkbaar is met Tannerstadium M4 of meer. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de door verzoeker overgelegde foto's bekeken en heeft bestreden dat bij verzoeker kan worden gesproken van Tannerstadium M4 of meer. Het Zorginstituut heeft in zijn definitieve advies van 1 juni 2021 verklaard dat bij verzoeker weliswaar sprake is van een gynaecomastie, maar dat uit de overgelegde nieuwe foto's niet blijkt van Tannerstadium M4 of meer, zodat niet is voldaan aan de voorwaarde voor verminking. De commissie neemt deze conclusie van het Zorginstituut over en merkt nog op dat het bij mogelijke twijfel op basis van de foto's aan de behandelend plastisch chirurg was te onderbouwen dat wél aan voornoemde voorwaarde werd voldaan. De psychosociale klachten waarop verzoeker zich heeft beroepen, vormen geen (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde behandeling. Dit betekent dat verzoeker hierop geen aanspraak heeft ten laste van de zorgverzekering.

 Aanvullende ziektekostenverzekering

 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aangevraagde ingreep.

 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juli 2021,

 L. Ritzema

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.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 1. lip-, kaak- of gehemelte-spleten;
 2. misvorming van het benig aangezicht;
 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

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 zeven 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°. 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;
- 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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen 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.