

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401928

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 28 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 april 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 21 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 mei 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 30 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025012975) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster heeft bij e-mail bericht van 15 juli 2025 een aanvullende verklaring van haar fysiotherapeut toegestuurd. Een kopie van dit bericht is op 16 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 juli 2025 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar binnen twee weken reageert op de door verzoekster ingebrachte verklaring van de fysiotherapeut. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 juli 2025 gereageerd. Een kopie van deze brief is op 24 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.

- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting, en kopieën van de reacties van 15 juli 2025 en 21 juli 2025 zijn op 24 juli 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 juni 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 6 augustus 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 29 augustus 2025 gereageerd. Een kopie van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gereageerd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Zorgt Best en VGZ Zorgt Tand Beter (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft na een gastric bypass veel gewicht verloren. Als gevolg hiervan is bij haar bovenarmen huidoverschot ontstaan. De behandelend plastisch chirurg heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een dermolipectomie van de bovenarmen.
- 2.3. Bij brief van 26 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 30 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 6 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag voor een dermolipectomie van de bovenarmen alsnog goed te keuren.
- 3.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in haar verzoek om heroverweging van 13 september 2024, dat zij al langere tijd onder behandeling is bij een fysiotherapeut vanwege klachten van de bovenarmen, die zijn aan te merken als een lichamelijke functiestoornis. Zij is bij de fysiotherapeut terecht gekomen omdat zij hinder ondervindt van vochtophopingen die ontstaan door een verminderde afvoer van lymfe door haar lymfesysteem. Dit probleem wordt door de overtollige huid veroorzaakt. De fysiotherapeut heeft over verzoekster verklaard:
“[naam verzoekster] is al langere tijd bij mij onder behandeling vanwege lichamelijke functieverstoring als gevolg van zwaar lymfoedeem in beide armen. Dit heeft hevige nek/schouder/armklachten beiderzijds als gevolg. Mijns inziens wordt dit alles veroorzaakt door de flinke spanning op haar huidweefsel als gevolg van overtollig huid aan beide armen.

Het trekken en schuren van haar huidweefsel veroorzaakt een sterk verstoord bewegingspatroon en geeft flinke smetplekken. Dit geeft nog meer spanning op haar bindweefsel. Door dit alles kunnen beide armen eigenlijk niet boven de 90 graden omhoog bewegen. Verder geeft het grote beperkingen in haar dagelijkse verzorging en andere dagelijkse activiteiten. Mijn inziens zou het strakker maken van haar huidweefsel veel minder klachten geven van haar spierweefsel en gewrichten. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om haar belastbaarheid van haar bindweefsel verder te vergroten.”

Verzoekster heeft verklaard dat zij, naast een bewegingsbeperking, last heeft van pijnklachten. Tijdens het sporten en de dagelijkse activiteiten ontstaan er wondjes en schuurplekken. Van de dermatoloog heeft zij weliswaar zelf gekregen voor pijnlijke en geïrriteerde plekken, maar dit is niet effectief gebleken. Daarnaast zorgt zowel losse als strakke kleding voor klachten.

- 3.3. Verzoekster heeft in haar klacht aan de SKGZ van 24 oktober 2024 en haar verzoek aan de commissie van 28 maart 2025 verklaard dat zowel haar plastisch chirurg als haar fysiotherapeut achter de aanvraag staat en van mening is dat zij voldoet aan de gestelde voorwaarden. Verzoekster voelt zich door de ziektekostenverzekeraar niet serieus genomen. Zij heeft na gewichtsverlies een ernstige deformiteit met een bewegingsbeperking en significantie pijnklachten tot gevolg. Daarmee is sprake van een lichamelijke functiestoornis.

Verzoekster meent dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar haar had moet uitnodigen voor het spreekuur om zich een goed beeld van haar situatie te vormen.

- 3.4. In de aanvulling van de fysiotherapeut gedateerd 10 juli 2025 is een aantal wetenschappelijke artikelen genoemd waaruit volgens de fysiotherapeut volgt dat extra gewicht aan de huid/spier rond de schouder, de functie hiervan duidelijk beïnvloedt; minder (ontstoken) huidweefsel kan pijn, zwelling en een bewegingsbeperking positief beïnvloeden; en overtollige huid kan functioneren als externe belasting of beperking, net als zwakte of ontsteking.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en benadrukt dat de behandeling niet cosmetisch is. Verzoekster is beperkt in haar bewegingsvrijheid. Ondanks dat zij stevige kleding draagt heeft ze veel last van haar bovenarmen. Verzoekster ervaart ook een sociale beperking. Zij moet grotere maten kleding kopen dan zij eigenlijk nodig heeft. Verzoekster gaat wekelijks naar de fysiotherapeut in verband met nek- en schouderklachten. De arts heeft haar lichamenlijk onderzocht en het functieprobleem gezien. Er is bij verzoekster sprake van PRS graad 3. De arts ziet veel mensen in zijn praktijk en het lijkt alsof het bij de ene persoon wel vergoed wordt, en bij de ander niet. Verzoekster ervaart een belemmering in haar werk in de horeca. Ook heeft zij in de zomer veel last van wondjes. Zij voelt zich door de ziektekostenverzekeraar niet serieus genomen omdat zij binnen 24 uur na het indienen van de aanvraag een afwijzing ontving. Ook ontving zij een brief van een andere ziektekostenverzekeraar.

- 3.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoekster een aanvulling van de fysiotherapeut, gedateerd 28 augustus 2025 overgelegd. De fysiotherapeut herhaalt hierin de conclusies uit zijn brief van 10 juli 2025. Zonder het overtollig weefsel zal de functie en belastbaarheid van het schoudergewricht en de schoudergordel toenemen. Het bindweefsel wordt ook beter te trainen waardoor de zorgbehoefte en de hiermee gepaard zijnde kosten zal afnemen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag terecht is afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor een dermolipsectomie van de bovenarmen. In zijn heroverweging van 8 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor de beoordeling van aanvragen van plastisch chirurgische aard gebruik wordt gemaakt van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Vergoeding is mogelijk bij verminking of een lichamelijke functiestoornis. Verzoekster voldoet niet aan (een van) deze voorwaarden. Uit genoemde werkwijzer volgt dat zelden sprake is van verminking en alleen in zeer uitzonderlijke gevallen van een lichamelijke functiestoornis. Het is niet gebleken dat het een of het ander bij verzoekster aan de orde is.
- 4.2. In de brieven van 11 december 2024 en 23 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat op basis van de foto's is beoordeeld dat bij verzoekster geen sprake is van verminking. De overhang van de bovenarmen is niet in dusdanige mate aanwezig dat van verminking kan worden gesproken. Het feit dat het hierbij graad 3 volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) betreft, betekent niet per definitie dat verminking aan de orde is.
- 4.3. Daarnaast is niet navolgbaar gemaakt dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De klachten van verzoekster zijn niet voldoende om hiervan te kunnen spreken. Op basis van het zichtbare huidsurplus is niet navolgbaar gemaakt dat dit tot een ernstige lichamelijke functiestoornis leidt. Het trekken en schuren van het huidweefsel, en de aanwezigheid van wondjes en smetplekken, wordt niet navolgbaar gemaakt aan de hand van de aangeleverde foto's. Daarnaast worden deze klachten niet door de medisch specialist in de aanvraag beschreven.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aanleiding gezien verzoekster uit te nodigen voor het spreekuur. De aangeleverde informatie en foto's zijn duidelijk genoeg om de aanvraag goed te kunnen beoordelen.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat er in de klachtafhandeling waarschijnlijk verkeerd briefpapier is gebruikt waardoor verzoekster een brief ontving van een andere ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar biedt hiervoor zijn verontschuldigingen aan en zal dit intern opnemen. Naast dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden, er is bij haar namelijk geen verminking of lichamelijke functiestoornis aanwezig, is het niet aannemelijk dat de beperkingen veroorzaakt worden door de lichamelijke afwijkingen en is dus niet aangetoond dat de klachten afnemen door de behandeling. Het is niet onderbouwd of gespecificeerd dat het huidoverschot de oorzaak is van haar klachten. De beperkingen zijn daarnaast niet dusdanig ernstig zoals in de regelgeving is bedoeld. De arts heeft in de nieuwe aanvraag lipodeem toegevoegd. Volgens de VAV-werkwijzer leidt lipodeem niet tot vergoeding. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de behandeling voor verzoekster niet cosmetisch is. De behandelbehoefte bij verzoekster is invoelbaar, maar het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of er een verzekeringsindicatie is.
- 4.6. In de brief van 21 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard geen aanleiding te zien om tot een ander standpunt te komen. De door de fysiotherapeut opgesomde literatuur heeft geen betrekking op de indicatie van verzoekster en de fysiotherapeut gaat niet in op haar specifieke situatie.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verminking

De behandelend arts geeft in de machtigingsaanvraag aan, dat sprake is van ‘een ernstige deformiteit van de bovenarmen met Pittsburgh Rating Scale 3’. In verband met het beoordelen van een eventuele verminking moet worden opgemerkt dat de Pittsburgh Rating Scale in op[ge]zet niet ontwikkeld is voor de beoordeling van verminking, maar voor gebruik bij de preoperatieve planning van de juiste chirurgische behandeling en het evalueren van de resultaten. De Pittsburgh Rating Scale kan als hulpmiddel worden gebruikt bij de beoordeling van een aanvraag van bijvoorbeeld een lower body lift. In andere lichaamsgebieden, zoals die gebieden die bij een dermoliplectomie van de bovenarmen worden geopereerd, is niet per definitie sprake van een verminking bij een huidoverschot Pittsburgh Rating Scale graad 3. Voor een dermoliplectomie gelden de algemene criteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. Er moet sprake zijn van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals in het juridisch kader is omschreven.

Er is een status na bariatrische chirurgie, waarbij verzoekster zo’n 60 kg is afgevallen. Het huidoverschot lijkt dan ook het restant van het gewichtsverlies te zijn. Verzoekster heeft zes foto’s aangeleverd van de bovenarmen; twee van de voorzijde van de rechterbovenarm, twee van de achterzijde van de rechterbovenarm, één van de voorzijde van de linkerbovenarm en één van de achterzijde van de linkerbovenarm. Hierop is overtollige huid te zien. Deze huid is intact en er zijn geen (schuur-)wondjes of smetvlekken te zien. Op basis van de foto’s is er bij verzoekster geen sprake van verminking, zoals bedoeld in het Bzv.

Lichamelijke functiestoornis

Op basis van de foto’s, het aanvraagformulier van de plastisch chirurg en de brief van de fysiotherapeut kan niet worden geconcludeerd dat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hoe, in hoeverre en op welke vlakken de overtollige huid verzoekster beperkt in haar Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en sporten wordt niet gespecificeerd. De fysiotherapeut beschrijft dat de overtollige huid schuringen en smetplekken geeft. Dit is voor het Zorginstituut op de meegeleverde foto’s echter niet zichtbaar. Daarnaast schrijft de fysiotherapeut dat zijn inziens het verwijderen van de overtollige huid de bewegingsbeperking opheft. Deze gedachtegang wordt verder echter niet uitgelegd en niet onderbouwd met bijvoorbeeld wetenschappelijke literatuur.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert op basis van de beschikbare informatie in het dossier dat verzoekster niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een dermoliplectomie van de bovenarmen ten laste van de basisverzekering. Bij verzoekster is geen sprake van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een dermoliplectomie van de bovenarmen 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 indicatiecriteria voor vergoeding van een dermoliplectomie van de bovenarmen ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 6 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de brief van de fysiotherapeut d.d. 10 juli 2025 die aan het dossier is toegevoegd. In deze brief worden door de fysiotherapeut wetenschappelijke artikelen aangedragen ter onderbouwing dat dermoliplectomie bij verzoekster geïndiceerd is.¹ Dit zijn echter studies waarin patiënten onderzocht worden die niet de indicatie van verzoekster hebben (overtollige huid aan de bovenarmen).

Twee artikelen gaan over patiënten die een borstreconstructie moesten ondergaan i.v.m. borstkanker, één artikel over patiënten met schouderpijn (zonder bewegingsbeperkingen van de schouder) en één studie over patiënten die minimaal drie dagen op de intensive care hebben gelegen. De resultaten van deze onderzoeken zijn derhalve niet van toepassing op de situatie van verzoekster. Daarnaast gaat er één studie over obese patiënten die liposuctie ondergaan. De uitkomst in deze studie zijn echter bloedwaarden die een maat zijn voor insuline gevoeligheid en ontsteking in het lichaam; deze studie zegt dus niets over het effect van dermoliplectomie op pijn of bewegingen van de schouder.

De aangedragen artikelen zijn gelet op het voorgaande niet relevant voor de beoordeling of een dermoliplectomie bij verzoekster geïndiceerd is.”

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 10 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 plastisch chirurgie en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Namens verzoekster is een aanvraag ingediend voor een dermolipectomie van de bovenarmen. Dit is een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als hiervoor een verzekeringsindicatie bestaat en betrokkene redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. De voorwaarden met betrekking tot de verzekeringsindicatie staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel 21 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 beperkt zich daarom tot de onderdelen 1 en 2. In deze onderdelen staan de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Hierbij toetst de commissie voor de vraag of er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking aan de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), hierna: (VAV-werkwijzer). De VAV-werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan. Artikel 5 van de VAV-werkwijzer heeft betrekking op een dermolipectomie.
- 7.3. Volgens de regelgeving is sprake van verminking bij een ernstige misvorming, soms ook met weefseldefecten. Hierbij moet worden gedacht aan ernstige misvormingen, waarbij de situatie vergelijkbaar is met een derdegraadsverbranding. Verminking kan daarnaast aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking.
Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan, als het gaat om een dermolipectomie van de bovenarmen, worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als betrokkene door de forse omvang van de armen deze niet meer goed kan bewegen.
- 7.4. De commissie heeft, conform artikel 114, derde lid, Zvw, advies gevraagd aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut komt in zijn advies van 30 juni 2025 tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde dermolipectomie omdat een verzekeringsindicatie hiervoor ontbreekt. Opgemerkt wordt dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van verminking zoals hierboven beschreven. Daarbij legt het Zorginstituut uit dat er bij een huidoverschot gelijk aan PRS graad 3, zoals genoemd in de aanvraag, niet per definitie sprake is van verminking. Daarnaast concludeert het Zorginstituut aan de hand van de aanvraag en de overgelegde foto's, en de verklaringen van de behandelend medisch specialisten, dat bij verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis aan de orde is. Het Zorginstituut komt daarom tot de slotsom dat verzoekster niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van een dermolipectomie van de bovenarmen ten laste van de zorgverzekering voldoet. In het definitief advies heeft het Zorginstituut hieraan toegevoegd dat de door verzoekster ingebrachte wetenschappelijke artikelen geen betrekking hebben op de indicatie van verzoekster. Deze artikelen zijn daarom niet relevant voor de beoordeling of een dermolipectomie bij verzoekster geïndiceerd is. De commissie ziet in het door verzoekster gestelde geen aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze daarom over. Dit leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar mocht overgaan tot afwijzing van de aanvraag

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 oktober 2025,

A. de Ruijter

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 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 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.