

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, kosten invriezen en bewaren semen
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10, en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020
Zaaknummer : 202100031
Zittingsdatum : 12 januari 2022

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 14 juni 2021 heeft verzoeker per brief, gedateerd 15 juni 2021, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 24 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar op 21 juli 2021 gevraagd nader commentaar op de kwestie te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft nog dezelfde dag verzocht om een maand uitstel. De commissie heeft dit uitstel verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 1 december 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021036037) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 december 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 januari 2022 gehoord.
- 2.5. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld binnen acht dagen te reageren op de door de ziektekostenverzekeraar voorgedragen pleitnota. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 16 januari 2022 op de pleitnota gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 18 januari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen acht dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 januari 2022 een reactie gegeven. Een kopie hiervan is op 25 januari 2022 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken zijn op 25 januari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 25 mei 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren, maar hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (2019) respectievelijk Menzis Basis Voordelig (2020) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 500 (2019) respectievelijk Aanvullend (2020) (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. In 2018 heeft verzoeker een tweede TESE-behandeling (Testiculaire Sperma Extractie) ondergaan in een kliniek in Duitsland. Er is toen semen bij hem afgenomen, dat is ingevroren en bewaard. Vanaf 2018 ontvangt verzoeker hiervoor nota's ten bedrage van ca. € 150,- per halfjaar. Nadat de nota over 2018 was afgewezen, heeft de ziektekostenverzekeraar - na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen - besloten deze alsnog te vergoeden.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 december 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de nota's voor het invriezen en bewaren van het semen voor 2019 zijn afgewezen. Inmiddels volgde ook voor 2020 een afwijzing. Met ingang van 2021 is verzoeker elders verzekerd tegen ziektekosten.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 8 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 1 december 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies het volgende opgemerkt:

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

Uit het dossier blijkt dat de indicatie en vergoeding van de TESE-behandeling niet in geschil is. In geschil is de vraag of de kosten voor het invriezen en bewaren [van semen] voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering.

In 2007 heeft het CVZ (voorganger van het Zorginstituut) een standpunt ingenomen rond het verzamelen, invriezen en bewaren van semen. Het CVZ kwam in het standpunt tot de conclusie dat verzamelen, invriezen en bewaren van semen onder de basisverzekering valt als onderdeel van het zorgtraject dat behoort tot de volgende oncologische interventies:

- 1. een grote operatie aan/om de geslachtsdelen;*
- 2. een chemotherapeutische behandeling en/of radiotherapeutische behandeling waarbij de geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.*

Het CVZ heeft in het pakketadvies 2007 geadviseerd het semen maximaal twee jaar te bewaren en deze bewaartermijn op te nemen in het Bzv. Dit advies is niet overgenomen.

Op dit standpunt is een addendum gevolgd in 2010. Het verzamelen, invriezen en bewaren van semen valt ook onder de basisverzekering als de genoemde interventies ingezet worden bij een niet-oncologische aandoening. De aard van de interventie brengt immers de mogelijke subfertiliteit of infertiliteit met zich mee, niet de aard van de aandoening.

Verder concludeerde het CVZ dat de interventie valt onder de zorg zoals 'medisch specialisten die plegen te bieden' met de volgende argumenten: Volgens de professionele normen van de beroepsbeoefenaren, zoals neergelegd in standaarden en richtlijnen, verdient ook een bijwerking van een primaire interventie behandeling. Rond het invriezen van semen betoogde het CVZ dan ook dat:

1. Het invriezen van semen onderdeel is van het totale 'zorgpad' van een behandeling. Het 'behandelt' immers een mogelijke bijwerking van de primaire interventie (chemotherapie en/of radiotherapie);
2. De bijwerking op zichzelf een aandoening vormt die zorg verdient. De Centrale Raad van Beroep (1987) bestempelde infertiliteit immers als ziekte en de behandeling van infertiliteit als zorg die in beginsel ten laste van de ZFW, nu de Zvw, komt.
3. Bijwerkingen van interventies behandeld worden, indien mogelijk vóórdat ze optreden, bijvoorbeeld tromboseprofylaxe bij mensen die een nieuwe heup krijgen, het voorkomen en behandelen van misselijkheid en braken bij chemotherapie, de stimulering van leukocyten door toediening van groeifactoren.

Door de formulering in het standpunt van het Zorginstituut is het voorstelbaar dat verweerder in de veronderstelling is dat invriezen van semen alleen te vergoeden is als sprake is van (oncologische) interventies die tot infertiliteit kunnen leiden. Vaststaat dat verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling. Er is dus een indicatie voor de TESE-behandeling.

Alle aandoeningen die op zich of door de behandeling ervan tot infertiliteit kunnen leiden kunnen een indicatie zijn voor semen invriezen. Want er zijn aandoeningen die op zich al infertiliteit geven en aandoeningen die door de behandeling ervan tot infertiliteit leiden.

Conclusie

TESE mag worden uitgevoerd worden ten laste van het basispakket. Uit het dossier blijkt dat de indicatie voor de interventie TESE niet in geschil is. Verzoeker is daarom redelijkerwijs aangewezen op de behandeling. Het invriezen van semen is onderdeel van het totale 'zorgpad' van een behandeling.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De kosten voor vergoeding van het invriezen en bewaren van semen kunnen voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. "

- 3.6. In het definitief advies van 25 mei 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Verweerder heeft een uitgebreide reactie gegeven op het voorlopig advies. De commissie vraagt het Zorginstituut hierop te reageren. Verder vraagt de commissie of het afgenomen semen en invriezen deel uitmaken van de TESE-behandeling.

Het geschil gaat niet direct over de indicatie voor het invriezen maar over het bewaren van al eerder met TESE gewonnen en vervolgens ingevroren zaadcellen. Het aangehaalde standpunt gaat inderdaad uit van interventies die mogelijk subfertiliteit of infertiliteit met zich mee brengen als basis voor een verzekeringsindicatie. Volgens het Zorginstituut is deze indicatiegrond bij nader inzien te beperkt. De indicatie zou een door een medische oorzaak (aandoening [aangeboren of verworven] of interventie [= verworven in het kader van een zorgtraject]) bestaande of te verwachten subfertiliteit of infertiliteit moeten zijn.

Verzekerde in dit geschil was al subfertil (ernstige OAT). Met het invriezen en bewaren van met TESE gewonnen zaadcellen kan deze subfertiliteit worden verholpen (behandel zorgpad). De interventie TESE is onderdeel van de fertiliteitsbehandeling en inderdaad geen interventie die subfertiliteit of infertiliteit met zich meebrengt. De gewonnen zaadcellen kunnen direct worden gebruikt in het kader van een fertiliteitsbehandeling (ivf) of (een restant kan) worden ingevroren voor later gebruik. In die zin past invriezen in het totale zorgpad van fertiliteitsbehandeling.

Het is begrijpelijk dat, als je kijkt naar de letter van het standpunt, verweerder een uitgebreide reactie heeft gegeven op het voorlopig advies. Medisch inhoudelijk acht het Zorginstituut een ruimere uitleg van het standpunt in dit geval vollediger en beter uitlegbaar. Het Zorginstituut zal een addendum bij het standpunt opstellen en deze publiceren bij het standpunt. (...)"

4. **Geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in 2019 en 2020 gemaakte kosten van het invriezen en bewaren van zijn semen te vergoeden.
- 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. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en met betrekking tot de eis dat men op de zorg moet zijn aangewezen, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de halfjaarlijkse kosten van het invriezen en bewaren van zijn semen te vergoeden. In dat verband voert hij aan dat de TESE-behandeling medisch noodzakelijk was. Na de ingreep en testosteron suppletie maakt hij namelijk geen zaadcellen meer aan. Daarmee is sprake van een defect. Het afnemen van het semen, het invriezen en het bewaren, waren nodig om in de toekomst een IVF-behandeling te kunnen uitvoeren. Het verbaast verzoeker dat een deel van het traject wel wordt vergoed, en de rest niet, terwijl dit toch even belangrijk is. Verzoeker wijst erop dat de kosten in 2018 wel zijn vergoed, waarbij de ziektekostenverzekeraar als toelichting gaf dat door het UMCG een fout was gemaakt. De vergoeding had nadrukkelijk geen onverplicht karakter. Volgens verzoeker maken de in het geding zijnde kosten deel uit van het DBC-zorgproduct. Hij vordert niet meer dan vergoeding van het marktconforme bedrag hiervoor. De door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde folder van het UMCG ziet op een andere situatie dan de zijne, nu hierin wordt gesproken over een zaadlozing, terwijl in zijn geval sprake was van afname door middel van een biopt. Tot slot verwijst verzoeker naar de correspondentie van de SKGZ in het kader van de bemiddeling, en naar die van het Zorginstituut. Hij leidt hieruit af dat in zijn geval de kosten van het opslaan en bewaren van zijn semen moeten worden vergoed.
- 6.3. Ter zitting heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar bij herhaling niet kon uitleggen waarom de vergoeding werd stopgezet. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de kosten destijds uit coulance zijn vergoed, maar dit is eerder nooit zo met verzoeker gecommuniceerd. In zijn reactie op de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker verklaard dat het erop lijkt dat de ziektekostenverzekeraar koste wat kost zijn gelijk wil halen. Bij verzoeker is sprake van een gebrek/ziekte en zodoende ook van een medische indicatie. Het invriezen van semen maakt deel uit van het IVF-traject. Dit is ook niet vergelijkbaar met het invriezen van eicellen. In die situatie is een vrouw normaal vruchtbaar, maar kiest zij ervoor de eicellen te laten invriezen voor een toekomstige situatie. Verzoeker is in aanleg onvruchtbaar, en de TESE-behandeling is voor hem en zijn echtgenote de enige manier om zwanger te raken. Uit het bewaarde semen is één keer een dochter ontstaan, en verzoeker en zijn echtgenote proberen nu met het overgebleven materiaal een tweede kindje te krijgen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat er geen discussie is over de TESE-behandeling, en dat het geschil beperkt blijft tot de kosten van het invriezen en bewaren van het semen. Volgens de ziektekostenverzekeraar kunnen deze kosten voor vergoeding in aanmerking komen in geval van een medische noodzaak. Een zodanige noodzaak ontbreekt bij verzoeker, aangezien hij al in aanleg onvruchtbaar was. De noodzaak is er wel als iemand door een oncologische behandeling onvruchtbaar dreigt te worden, zoals ook blijkt uit de folder van het UMCG. De reactie van het Zorginstituut is algemeen gesteld, en ziet niet op de specifieke situatie van verzoeker.
- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij van mening is dat in het advies van het Zorginstituut sprake is van een misvatting van het standpunt uit 2007 en het addendum uit 2010. Hierdoor is een dwaling van gedachten omtrent de TESE-behandeling en het invriezen van semen ontstaan. In het standpunt van 2007 staat dat het verzamelen, invriezen en bewaren van semen onder de basisverzekering valt als onderdeel van het zorgtraject dat behoort tot een beperkt aantal oncologische interventies. Het gaat dan om een grote operatie aan/om de geslachtsdelen of een chemotherapeutische behandeling en/of radiotherapeutische behandeling waarbij de geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen. Uit het addendum van 2010 volgt dat het verzamelen, invriezen en bewaren van semen ook onder de basisverzekering valt als de genoemde interventies ingezet worden bij niet-oncologische aandoeningen. De aard van de interventie brengt immers de mogelijke subfertiliteit met zich, en niet de aard van de aandoening. Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoeker één van deze interventies aan de orde is. Het standpunt van het Zorginstituut dat als de TESE-behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, dit ook geldt voor het invriezen van semen, deelt de ziektekostenverzekeraar niet. Het Zorginstituut noemt hier het 'totale zorgpad' van een behandeling, maar de ziektekostenverzekeraar vraagt zich af wat hiermee wordt bedoeld. Met behandeling wordt volgens de ziektekostenverzekeraar niet de TESE-behandeling bedoeld, maar de oncologische of niet-oncologische interventie die tot onvruchtbaarheid kan leiden, waardoor in datzelfde zorgpad een TESE-behandeling nodig is. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af of het Zorginstituut met dit advies bedoelt dat de hele groep verzekerde mannen die in aanleg onvruchtbaar is en hun semen willen invriezen voor een eventuele toekomstige vruchtbaarheidsbehandeling de kosten ten laste van de zorgverzekering mogen brengen. Bij vrouwen wordt het preventief invriezen van eicellen ook niet vergoed.

Overwegingen commissie

- 6.6. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 1 december 2021 kunnen alle aandoeningen die op zich of door de behandeling ervan tot infertiliteit kunnen leiden een indicatie zijn voor het invriezen en bewaren van semen. Een TESE-behandeling behoort tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering en in het geval van verzoeker is de indicatie voor deze interventie niet in geschil. Verzoeker is hierop redelijkerwijs aangewezen. Het invriezen en bewaren van semen is onderdeel van het totale 'zorgpad' van deze behandeling. Daarom adviseert het Zorginstituut tot toewijzing van het verzoek. In reactie op de kritiek van de ziektekostenverzekeraar op het voorlopig advies, heeft het Zorginstituut in het definitief advies van 25 mei 2022 een nadere toelichting gegeven. Hierbij heeft het te kennen gegeven dat het standpunt uit 2007 inderdaad uitgaat van bepaalde interventies, maar dat deze bij nader inzien te beperkt zijn. Met de TESE-behandeling wordt semen verkregen dat direct kan worden gebruikt in het kader van een IVF-behandeling. Het is echter ook mogelijk semen of een deel hiervan in te vriezen voor later gebruik. In die zin past het invriezen en bewaren van semen binnen het zorgpad van de TESE-behandeling en moeten deze kosten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet - mede gelet op deze nadere toelichting - geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie hiervan daarom tot de hare.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:

- (i) verzoeker de halfjaarlijkse kosten van het invriezen en bewaren van semen over 2019 en 2020 te vergoeden, overigens met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden ten aanzien van de hoogte van de vergoeding, en
- (ii) verzoeker het entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Zeist, 5 augustus 2022

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers,
- spreken in het openbaar.

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen logopedist. Sommige logopedisten hebben voor specifieke klachten een aantekening. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan:

- stottertherapie: behandeling voor stotteren waarvan de ernst zodanig is dat het vloeiend verloop van de spraak duidelijk wordt belemmerd,
- afasietherapie: behandeling voor taal- en spraakgebrek ten gevolge van hersenletsel,
- preverbale logopedie: de behandeling van eet- en drinkproblemen en/of slikstoornissen bij jonge kinderen,
- Hänen Ouderprogramma: stap voor stap ondersteunen van de ouders op een praktische wijze bij het verbeteren van de communicatie met en het stimuleren van de spraaktaalontwikkeling van hun kind bij taalproblemen. Het Hänen Ouderprogramma is niet voor alle taalproblemen de aangewezen hulpvorm. Daarom is uitgebreid logopedisch onderzoek en een gesprek vooraf altijd nodig.
- groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren.

Wij raden u aan om aan uw logopedist te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici staat. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. De logopedisten die een specifieke aantekening hebben kunt u vinden in het desbetreffende deelregister van de NVLF. Deze kunt u vinden op nvlf.nl.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat,
- als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt,
- als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt, behandeling aan huis uitgezonderd.

Toestemming

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Menzis. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Menzis vragen.

Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,

- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

i Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslachte 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 dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4^e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

i Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

i Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

i Let op

Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.

- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.
- Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig.

Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze lijst vindt u op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese**.

i Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op zn.nl.

2. Overig

Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis:

- klinische longrevalidatie,
- zorg geleverd door Stichting Merem Behandelcentra (Nederlands Astmacentrum Davos) of Stichting MC Astmacentrum (SMCA) in Zwitserland.

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft.

Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruikgemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvoeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, ZBC en ziekenhuis, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van kosten van woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. 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 geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat,
- als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt,
- als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt, behandeling aan huis uitgezonderd.

Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Menzis. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Menzis vragen.

Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op :

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum,
- een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische beademing thuis.

Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslapte 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 dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm,
- 4^e en volgende IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap.

i Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- de vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- audiologische hulp,
- erfelijkheidsonderzoek,
- een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- oncologische hulp voor kinderen,
- verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- plastische of reconstructieve chirurgie,
- medisch specialistische revalidatie,
- transplantatie,
- trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40. 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.

i Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

Let op

Spoeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapten.

- Als het om oogzorg gaat, mag ook de optometrist of orthoptist verwijzen naar de oogarts.
- Als het om hoorzorg gaat, mag ook de triage-audicien verwijzen naar de KNO-arts.
- Als het om tuberculose gaat, mag ook de GGD-arts verwijzen naar de medisch specialist.
- Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen.
- Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig.

Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis of bovenooglidcorrectie.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Chirurgie** Gynaecomastie, hypertrofie mamma.
- **Plastische chirurgie** diverse behandelingen.
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.
- **Borstprothese**.

Let op

Deze lijst kan gedurende het jaar wijzigen. Kijkt u voor de meest recente versie van de lijst op [zn.nl](https://www.zn.nl)

2. Overig

Op deze behandeling heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Menzis: klinische longrevalidatie.

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft. Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Zoekt u een medisch specialist met een bijzondere expertise of voor hoog-complexe zorg? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 40 40.

Niet-klinische dialyse (dialyse zonder opname)

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruikgemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvloeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, ZBC en ziekenhuis, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

Welke zorg

U heeft recht op haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op vergoeding van kosten van:

- een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum, ZBC of ziekenhuis. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm 'dialyse' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. 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.

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 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. 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.