

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Geneeskundige zorg, thuisdialyse, afbakening medisch-
specialistische zorg en Verpleging en Verzorging

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1,
2.4 en 2.10 Bzv

Zaaknummer : 202201914

Zittingsdatum : 5 juli 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 23 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 11 mei 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023019195) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 juni 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. 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 zorgverzekeraar zijn op 5 juli 2023 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.
- 2.5. Na de hoorzitting is de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld een nieuwe beoordeling uit te voeren. Bij brief van 21 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar een aanvullende reactie gegeven, die op 25 juli 2023 aan verzoekster is gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen twee weken te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 7 augustus 2023 op het nagekomen stuk gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 8 augustus 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 juni 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 20 september 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De zorgverzekeraar en verzoekster hebben op 28 respectievelijk 29 september 2023 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartijen gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).

- 3.2. Verzoekster is bekend met nierinsufficiëntie en moet in dat kader dialyseren. Zij heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor thuisdialyse waarbij zij wordt ondersteund door een wijkverpleegkundige.
- 3.3. Bij brief van 7 november 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen machtiging wordt verleend voor Verpleging en Verzorging in verband met thuisdialyse.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft namens verzoekster aan de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 december 2022 heeft de zorgverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 12 januari 2023 heeft hij dit standpunt nogmaals bevestigd.
- 3.5. Bij brief van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 19 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is alsnog een machtiging te verlenen voor Verpleging en Verzorging in verband met thuisdialyse.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat in de voorwaarden van de zorgverzekering niet is geregeld dat peritoneaal dialyse verleend door een thuiszorgorganisatie geen verzekerde zorg is. Bovendien heeft de Nederlandse Zorgautoriteit in een e-mailbericht aan het Haga-ziekenhuis te Den Haag bevestigd dat zorg die in de thuissituatie wordt uitgevoerd moet worden vergoed. Om zorg vergoed te krijgen die valt onder medisch-specialistische zorg, is het noodzakelijk dat deze zorg ook wordt uitgevoerd door een medisch-specialist. Dat zou in dit geval een nefroloog zijn. Deze arts werkt echter niet bij mensen thuis, maar in het ziekenhuis. De DBC die aan het ziekenhuis wordt vergoed, laat geen ruimte om peritoneaal dialyse te vergoeden. De reden hiervan is dat andere kosten, zoals materialen en polibezoeken ook vanuit deze DBC moeten worden betaald. Dialysezorg valt onder wijkverpleging, en wordt dan gedeclareerd met code 1004. De zorgverzekeraar is de enige verzekeraar in Nederland die deze zorg niet wil vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.3. Verzoekster merkt verder op dat er in haar regio geen andere zorgaanbieder was te vinden die deze zorg kon uitvoeren. Dit zou betekenen dat verzoekster geen zorg kan ontvangen die zij nodig heeft, omdat de zorgverzekeraar weigert deze te vergoeden. In de plaats waar verzoekster voorheen woonde ontving zij ook peritoneaal dialyse in de thuissituatie van een andere zorgaanbieder, die zonder problemen kon declareren bij de zorgverzekeraar vanwege een bestaand contract. Destijds ging het om continue ambulante peritoneaal dialyse die viermaal daags werd uitgevoerd. De dialyse die verzoekster nu ontvangt, hoeft maar tweemaal daags. Het al dan niet bestaan van een contract zou echter niet moeten uitmaken voor de vraag of iets verzekerde zorg is. Verzoekster is inmiddels overgestapt naar een andere verzekeraar, die de zorg zonder problemen vergoedt.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat is opgenomen in de polisvoorwaarden dat alle vormen van thuisdialyse vallen onder medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat de vergoeding naar het ziekenhuis gaat en dat het vanuit de DBC moet worden vergoed. Er worden meer zaken uit de DBC betaald, en er is dan geen ruimte meer om de nierdialyse zorg vanuit de wijkverpleging ook te vergoeden. Er is geen ruimte om personeel langs te laten komen vanuit de DBC. Dit zou betekenen dat óf de wijkverpleegkundige niet betaald

krijgt, óf het ziekenhuis niet, of dat de materialen gratis geleverd zouden moeten worden. Het ziekenhuis waar verzoekster in zorg is, heeft haar verteld dat de zorgverzekeraar de enige verzekeraar is waarbij dit probleem speelt. Alle andere verzekeraars vergoeden deze zorg vanuit de wijkverpleging. De zorgaanbieder is zorg gaan leveren in augustus. Verzoekster kon geen andere vorm van dialyse krijgen vanwege hartfalen. Omdat zij geen hemodialyse kon doen, is gekozen voor de APD-machine, zodat zij overdag meer vrijheid heeft. Deze machine werkt in de nacht. Het is vreemd dat verzoekster de nierdialyse zorg jarenlang op haar vorige adres van de zorgverzekeraar heeft gekregen van een thuiszorgorganisatie. Hemodialyse thuis wordt normaliter vergoed vanuit een DBC, omdat de nefroloog dan meer is betrokken. Bij peritoneaal dialyse gaat het om een team wijkverpleegkundigen dat samenwerkt met het ziekenhuis en daar training krijgt. Het klopt dat de training erin is meegenomen omdat het doel is iemand zo zelfstandig mogelijk te maken. Er is getracht verzoekster en haar dochter te trainen, maar dit is niet gelukt. Bij de dochter was de reden hiervan dat zij een gezin heeft en daarom niet de mogelijkheden de dialyse te verzorgen. De training valt inderdaad deels onder de DBC, maar deze moet los worden gezien van de zorg die wordt verleend in de thuissituatie. Daarbij gaat het om het mogelijk maken van de dialyse voor verzoekster zelf, en dit wordt door de wijkverpleging gedaan. Het budget uit de DBC is totaal € 2.400,- per week. De wijkverpleging kost al een paar honderd euro. Verzoekster vindt nog steeds niet duidelijk onderbouwd waarom deze zorg onder de DBC moet vallen. Peritoneaal dialyse wordt bij uitstek alleen in de thuissituatie uitgevoerd en nooit in het ziekenhuis. De enige vorm hiervan die in het ziekenhuis plaatsvindt is de training. Er is voor gekozen de training in de thuissituatie uit te voeren vanwege de kwetsbaarheid van verzoekster. De dialysezorg is duur, en de ervaring is dat een hoge declaratie opvalt in het systeem. Het contract tussen een verzekeraar en een thuiszorgorganisatie zou los moeten staan van de vraag of vergoeding plaatsvindt vanuit de wijkverpleging of de medisch-specialistische zorg. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

- 4.5. Bij e-mailbericht van 7 augustus 2023 heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Verder heeft zij benadrukt dat de medische context duidelijk is. Zij heeft nierfalen en is niet in staat zelfstandig de dialysemachine op- en af te bouwen. Zonder dialyse komt zij te overlijden. Betaling vanuit de DBC blijkt voor haar niet mogelijk. Bij e-mailbericht van 29 september 2023 heeft verzoekster hieraan toegevoegd dat de zorgverzekeraar heeft toegezegd aan het ziekenhuis een potje te creëren waaruit de peritoneaal dialyse kan worden vergoed. Dit wordt toegevoegd aan de DBC. Dit potje was evenwel in 2022 nog niet aanwezig. Dit betekent dat er destijds sowieso een vergoeding moest worden gegeven vanuit de wijkverpleging, omdat het ziekenhuis er het geld niet voor had.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat aan verzoekster geen machtiging kan worden verstrekt voor Verpleging en Verzorging in verband met thuisdialyse. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat thuisdialyse door een kunstnier onder de DBC voor interne geneeskunde valt. Hemodialyse thuis kan plaatsvinden als de patiënt en/of diens partner na training de behandeling zelfstandig kan uitvoeren. Hiervoor is geen vergoeding mogelijk in het kader van wijkverpleging, omdat deze behandeling onder medisch specialistische zorg thuishoort, en van daaruit gefinancierd wordt. Er kan niet dubbel worden betaald. Als het van belang is dat de behandeling thuis plaatsvindt, maar de patiënt of diens partner kan dit niet, dan kan een dialyseverpleegkundige dit vanuit een dialysecentrum komen doen.
- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in de verzekeringsvoorwaarden geen onderscheid wordt gemaakt tussen de vormen van dialyse. Daarvoor zijn wel verschillende DBC's beschikbaar. In de DBC van hemodialyse is de thuisdialyse wel specifiek opgenomen, maar bij peritoneaal dialyse niet. Er wordt wel training vanuit het ziekenhuis of dialysecentrum gegeven. In beide DBC's is niet met zoveel woorden de training opgenomen. Er zijn meerdere interventies mogelijk, maar dit is verder niet gespecificeerd. De training is voorbehouden aan het dialyseteam van het dialysecentrum. De dialyse wordt

altijd door het ziekenhuis georganiseerd. Training blijft nodig, en de verpleegkundige moet zich ervan vergewissen dat er voldoende zorg wordt verleend. Niet iedere wijkverpleegkundige kan dit, en het wordt altijd georganiseerd vanuit het ziekenhuis. De dialyse moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist. De verzekeraar vergoedt conform de verzekeringsvoorwaarden. Een en ander is geregeld in artikel 16 en op de website. Om dubbele bekostiging te voorkomen is ervoor gekozen het als medisch-specialistische zorg te vergoeden. Het is ook het advies van het Zorginstituut geweest om dit zo in te regelen. Verder is een kamerbrief gevonden van het Ministerie van VWS, waarin wordt gesteld dat de kosten van thuiszorg als medisch-specialistische zorg moeten worden gedeclareerd.

Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat eerder wel is vergoed. Het ging daarbij om een gecontracteerde aanbieder die geen machtiging hoefde aan te vragen. De zorgverzekeraar ziet niet precies welke zorginterventie hierin was begrepen en dit is ook niet na te gaan. Het is mogelijk dat dit per ongeluk door de zorgverzekeraar is vergoed.

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

- 5.3. Bij brief van 21 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar meegedeeld dat peritoneaal dialyse medisch specialistische zorg betreft, ongeacht waar deze wordt verleend. Peritoneaal dialyse wordt ook vergoed overeenkomstig medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC. Voor de peritoneaal dialyse van verzoekster wordt DBC-zorgproduct 140301017 in rekening gebracht. Hieruit volgt één tarief voor de volledige (gecombineerde) behandeling, van diagnose tot beschikbaarstelling van de dialyseapparatuur en verpleegkundige dialyse assistentie (hulp bij aansluiting en ontkoppeling van dialyseapparatuur). De zorgverzekeraar is van mening dat (de kosten voor) peritoneaal dialyse uitdrukkelijk zijn inbegrepen in deze DBC en er daarom geen sprake is van verpleging en verzorging ("wijkverpleging") als bedoeld in artikel 2.10 Bzv.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

Niet in geschil is of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', een geneeskundige context en of verzoekster op deze zorg is aangewezen. Het geschil heeft betrekking op de vraag of ondersteuning bij thuisdialyse gefinancierd kan worden als verpleging en verzorging.

Aanspraak thuisdialyse

Verpleging en verzorging is onderdeel van de medisch-specialistische zorg wanneer de medisch specialist de verpleegkundige direct aanstuurt en dit is het geval als de medisch specialist, 'telkens, rechtstreeks en onmiddellijk met de verpleegkundige spreekt over de actuele uitkomsten van zijn geneeskundig beleid en de verpleegkundige op grond van die uitkomsten rechtstreeks en onmiddellijk instrueert'.

In de praktijk kan dit bijvoorbeeld aan de orde zijn bij gecompliceerde thuisdialyse. Als de verpleging in de eigen omgeving geleverd wordt door een organisatie voor wijkverpleging dan zal er geen sprake zijn van 'directe aansturing': de zorg valt dan onder de prestatie wijkverpleging (art. 2.10 Bzv) en komt ten laste van het budgettaire kader wijkverpleging. Als de zorg geleverd wordt door een ziekenhuis of gespecialiseerde instelling, dan zal er wel sprake zijn van 'directe aansturing': de verpleging valt onder de medisch-specialistische zorg en onder het desbetreffende budgettaire kader.

Voorgaande betekent [dat] verpleging in de eigen omgeving tot de medisch specialistische zorg gerekend wordt in de gevallen dat de verpleging geleverd wordt 'door of vanwege' een dialysecentrum.

Polisvoorwaarden

Het bovenstaande neemt niet weg dat een verzekeraar voorwaarden kan opnemen in de polis over de vergoeding van thuisdialyse. Verweerder [h]eeft in artikel 16 van de polisvoorwaarden opgenomen dat dialyse in de thuissituatie onder medisch-specialistische zorg valt met een verwijzing naar de website. Volgens de website van verweerder is begeleiding bij thuisdialyse mogelijk bij verschillende dialysecentra. Een internist of nefroloog kan dit aanvragen. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat geen aanspraak op thuisdialyse met ondersteuning door een wijkverpleegkundige. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op deze zorg, geleverd door een organisatie voor wijkverpleging.

Conclusie

Thuisdialyse met ondersteuning van een wijkverpleegkundige kan in principe vergoed worden als verpleging en verzorging ten laste van de basisverzekering. Deze zorg komt ten laste van het budgettair kader wijkverpleging indien de zorg geleverd wordt door een organisatie voor wijkverpleging. Verweerder heeft echter in de polis opgenomen dat thuisdialyse enkel wordt vergoed als medisch specialistische zorg en derhalve geleverd moet worden door een dialysecentrum. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op thuisdialyse met ondersteuning door een wijkverpleegkundige.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Thuisdialyse met ondersteuning van een wijkverpleegkundige kan in principe vergoed worden als verpleging en verzorging ten laste van de basisverzekering. Verzoekster kan gelet op de polisvoorwaarden echter alleen aanspraak maken op thuisdialyse met ondersteuning door een dialysecentrum. (...)"

- 6.2. In het definitief advies van 19 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"De aanvullende informatie is medisch en juridisch beoordeeld.

De indicierend wijkverpleegkundige stelt dat verzoekster niet in staat is om zelfstandig te dialyseren. Uit het zorgplan is te herleiden dat verzoekster naast nierfalen, ook bekend is met reuma en hartfalen. Het dossier bevat echter geen medische informatie hierover. In het zorgplan wordt niet onderbouwd waarom verzoekster niet in staat is zelfstandig te dialyseren. In de brief d.d. 7 augustus 2023 geeft de indicierend wijkverpleegkundige aan dat verzoekster chronisch nierfalen niet in staat is om zelfstandig de dialyse machine op- en af te bouwen. De indicierend wijkverpleegkundige voegt hieraan toe dat reuma en hartfalen bijkomende aandoeningen zijn. Hieruit wordt niet duidelijk waarom verzoekster niet zelfstandig kan dialyseren. 'Reuma' zou een mogelijke oorzaak kunnen zijn maar dit is volgens de verpleegkundige een 'bijkomende aandoening'.

Overigens is ook onduidelijk of het bijvoorbeeld gaat om reumatoïde artritis of artrose die de handfunctie beperkt. Concluderend is de geneeskundige context van de zorg onvoldoende onderbouwd.

Het feit dat verzoekster in staat is om zichzelf te voorzien in haar ADL-zorg betekent overigens niet per definitie dat ze haar dialyse-zorg zelfstandig kan uitvoeren, zoals verweerder aanvoert. Dialysezorg is complexer dan ADL-zorg.

Het geschil lijkt verder geen betrekking te hebben op de geïndiceerde zorg met betrekking tot het waarborgen van de continuïteit van zorg. Derhalve laat het Zorginstituut deze zorg verder buiten beschouwing in onderhavig advies.

Nader onderzoek

Het is aannemelijk dat verzoekster niet in staat is de dialyse-zorg zelf uit te voeren. Dit wordt echter onvoldoende onderbouwd door de indicierend wijkverpleegkundige. De indicierend wijkverpleegkundige geeft aan dat verzoekster niet zelfstandig kan dialyseren, op basis van de beschikbare informatie in het dossier is echter onduidelijk wat de reden is dat verzoekster dit niet kan. Daarmee is de geneeskundige context van de zorg onvoldoende onderbouwd. De indicierend wijkverpleegkundige zou moeten toelichten wat de reden is dat verzoekster niet in staat is zelfstandig de dialyse-zorg uit te voeren. Dit is echter alleen relevant wanneer thuisdialyse, gelet op de polis van verweerder, vergoed kan worden als verpleging en verzorging. Zoals ook aangegeven in het voorlopig advies heeft verweerder namelijk de mogelijkheid om in de polis op te nemen dat thuisdialyse enkel wordt vergoed als medischspecialistische zorg en derhalve geleverd moet worden door een dialysecentrum.

Advies

Het Zorginstituut adviseert u nader onderzoek uit te voeren met inachtneming van het bovenstaande, mits dit relevant is voor de beoordeling van het geschil."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en over verpleging en verzorging zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op vergoeding van thuisdialyse door een wijkverpleegkundige. De zorgverzekeraar heeft vergoeding van de kosten afgewezen, omdat hij van mening is dat deze zorg alleen als medisch-specialistische zorg kan worden vergoed. Vergoeding op basis van de aanspraak op Verpleging en Verzorging zou zijns inziens leiden tot dubbele betaling. Verzoekster is van mening dat de thuisdialyse ook mag worden gegeven door een wijkverpleegkundige en als zodanig moet worden vergoed. Andere verzekeraars vergoeden de zorg volgens haar ook op deze wijze. Bovendien is het tarief dat hoort bij de DBC niet toereikend om daaruit de kosten van thuisdialyse te voldoen. Hierover merkt de commissie het volgende op.
- 8.3. Het staat vast dat verzoekster aanspraak heeft op thuisdialyse. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de zorgverzekeraar mag bepalen dat alleen vergoeding plaatsvindt in de vorm van medisch specialistische zorg, waarbij verzoekster gebruik moet maken van ondersteuning door een dialysecentrum. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw staat op bladzijde 42, voor zover hier van belang, het volgende:

"(...) Samenvattend kan worden gesteld dat de wetgever bepaalt wat tot het pakket behoort. Het behoort tot de bevoegdheid van de zorgverzekeraar, in samenspraak met de verzekerde, te bepalen door wie en waar de verzekerde zorg verleend wordt. De functiegerichte omschrijving van de aanspraken leidt niet tot een grotere omvang van de aanspraken. Van belang in dit verband is de vaststelling dat de vraag of verzekerde zorg daadwerkelijk aan een verzekerde geleverd moet worden niet door de zorgverzekeraar, maar altijd op medisch-inhoudelijke gronden dient te worden beantwoord. (...)"

Uit het voorgaande kan worden opgemaakt dat de zorgverzekeraar in de verzekeringsvoorwaarden, die onderdeel zijn van de met de verzekeringnemer gesloten verzekeringsovereenkomst, kan bepalen waar en door wie de functiegerichte zorg moet worden geleverd, waarbij naar het oordeel van de commissie wel in ogenschouw moet worden genomen of toepassing van hetgeen aldus tussen partijen is overeengekomen niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit laatste is hier naar het oordeel van de commissie niet het geval.

De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt dat dialyse kan plaatsvinden in een dialysecentrum, in een ziekenhuis of thuis. Voor meer informatie over dialyse in de thuissituatie wordt verwezen naar de website van de zorgverzekeraar. Op de website staat dat dialyse thuis uitsluitend wordt vergoed op basis van medisch-specialistische zorg. Verzoekster kan in dat verband aanspraak maken op ondersteuning door een dialysecentrum. De medewerker van het dialysecentrum moet in staat worden geacht de noodzakelijke zorg te mogen en te kunnen leveren. Of het tarief van de DBC hiervoor al dan niet toereikend is, is geen zorg van verzoekster. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op thuisdialyse, verleend door een wijkverpleegkundige vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging.

- 8.4. Het Zorginstituut merkt in zijn voorlopig advies van 6 juni 2023 op dat thuisdialyse onder bepaalde omstandigheden wél onder Verpleging en Verzorging kan vallen en als zodanig kan worden vergoed. Dit is dan afhankelijk van de door de betrokken verzekeraar gemaakte keuze, binnen het door de wetgever bepaalde, hiervoor geschetste kader. De huidige verzekeraar van verzoekster heeft in dit verband kennelijk een andere keuze gemaakt dan de zorgverzekeraar, gelet op voornoemd artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de informatie op zijn website. Of de zorgverzekeraar hierin alleen staat is niet relevant; hij kan immers niet worden verplicht dezelfde keuze te maken als (een) andere verzekeraar(s). Aangezien de dialysezorg gelet op het voorgaande niet in het kader van verpleging en verzorging kan worden vergoed, kan de vraag of verzoekster de dialysezorg al dan niet zelfstandig kan uitvoeren en of hiermee een geneeskundige context aanwezig is, onbeantwoord blijven. Dit is ook de reden dat de commissie het in het definitief advies van het Zorginstituut van 19 september 2023 genoemde nader onderzoek niet heeft laten uitvoeren.

Slotson

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 oktober 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na

de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

aanspraak laat tevens open waar een bepaalde aanspraak geleverd wordt. Dat wil zeggen dat niet is voorgeschreven dat een bepaalde behandeling uitsluitend binnen een bepaald type medische instelling gegeven mag worden. Bijvoorbeeld een MRI-onderzoek kan straks onder de Zorgverzekeringswet ook buiten de muren van een ziekenhuis plaatsvinden. De zorgverzekeraar kan dan zaken doen met een instelling die gespecialiseerd is in MRI-onderzoek zonder dat hij daarvoor, zoals in de Zfw, een overeenkomst moet sluiten met een ziekenhuis met alles erop en eraan.

De functiegerichte omschrijving van de aanspraken leidt er dus toe dat de zorgverzekeraar uitmaakt, in samenspraak met zijn verzekerde, welke persoon of instelling invulling geeft aan een bepaalde verzekeringsaanspraak. De functiegerichte omschrijving van de aanspraken leidt niet tot een zorginhoudelijke wijziging van die aanspraken, in die zin dat een zorgverzekeraar bijvoorbeeld zou kunnen bepalen dat in zijn polis het geven van een tetanusprik niet zou worden opgenomen. Hij dient alle aspecten van «huisartsenzorg» in zijn polis te dekken.

Het feit dat de functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten open laat welke zorgaanbieder bepaalde zorg verleent, betekent niet dat er onduidelijkheid bestaat over de vraag wat de aard en de omvang van de verzekeringsaanspraken zijn. Het is de (formele of gedelegeerde) wetgever die, eventueel op advies van het CVZ, het te verzekeren pakket vaststelt. Vaak kan een omschrijving van het verzekeringsrecht worden gehanteerd waarbij de omvang ervan wordt overgelaten aan «hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is». In dat geval stelt dan feitelijk de desbetreffende beroepsgroep de omvang van het verzekeringsrecht vast doordat deze zelf kan uitmaken wat binnen de beroepsgroep gebruikelijk is. Deze potentiële onbegrensdeheid van het verzekeringsrecht kan worden ingeperkt met een preciezere omschrijving door de wetgever. Die kan bijvoorbeeld regelen dat de aanspraak geneeskundige zorg bestaat uit «huisartsenzorg» met uitzondering van bepaalde, met name genoemde handelingen. Deze wijze van inperking laat ontwikkelingen van de aanspraak open, doordat vernieuwingen op het gebied van het medisch handelen van een beroepsgroep automatisch binnen de verzekeringsaanspraak vallen, tenzij deze met name worden uitgezonderd. Een verder gaande mogelijkheid tot inperking van de verzekeringsaanspraak is de mogelijkheid om de aanspraak zodanig te formuleren dat uitsluitend met zoveel woorden genoemde handelingen onder de aanspraak vallen.

Samenvattend kan worden gesteld dat de wetgever bepaalt wat tot het pakket behoort. Het behoort tot de bevoegdheid van de zorgverzekeraar, in samenspraak met de verzekerde, te bepalen door wie en waar de verzekerde zorg verleend wordt. De functiegerichte omschrijving van de aanspraken leidt niet tot een grotere omvang van de aanspraken. Van belang in dit verband is de vaststelling dat de vraag of verzekerde zorg daadwerkelijk aan een verzekerde geleverd moet worden niet door de zorgverzekeraar, maar altijd op medisch-inhoudelijke gronden dient te worden beantwoord.

Kwaliteit van zorg

Een aantal aspecten van de zorgverlening trekt de aandacht als de nieuwe zorgverzekering wordt vergeleken met de ziekenfondsverzekering. Bereikbaarheid voor de verzekerde, veiligheid, tijdigheid en kwaliteit van zorg zijn daar voorbeelden van. Voor de kwaliteit van zorg waarvoor primair de aanbieder van zorg verantwoordelijkheid draagt, wordt ook in de nieuwe situatie het nodige van de zorgverzekeraar verwacht. Hieronder volgt daarvan een schets.

Artikel 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvlloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darm passage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheids- onderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

Dit is niet verzekerd:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatie-poging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een contract met ons heeft. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Extra informatie

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

Revalidatie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg). Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

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°. 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;
 - 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.