

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, verwijderen borstprothese, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 202200442
Zittingsdatum : 2 november 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 23 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brieven van 2 juni 2022 en 18 juni 2022 heeft verzoekster haar standpunt aan de commissie nader uiteengezet. Op 22 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. De commissie heeft de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld schriftelijk op het geschil te reageren. Bij brief van 11 juli 2022 heeft de zorgverzekeraar verzocht om aanvullende informatie in de vorm van een verklaring van de behandelend arts. Een kopie van deze brief is op 12 juli 2022 aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft de commissie gevraagd om uitstel voor het geven van een reactie. De commissie heeft hiermee ingestemd en uitstel verleend tot 2 augustus 2022. Bij het uitblijven van een reactie van verzoekster voor of op deze datum heeft de commissie besloten de procedure voort te zetten naar de stand van dat moment. Partijen zijn hierover bij brief van 12 augustus 2022 geïnformeerd.
- 2.3. Bij brief van 25 augustus 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 24 september 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022035479) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 2 november 2022 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.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd250. De aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3.2. Op 25 november 2021 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de zorgverzekeraar voor het verwijderen van een borstprothese.

3.3. Bij brief van 24 november 2021 heeft de behandelend radioloog over verzoekster verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) 19-11-2021, 14:26, Echo Mamma. 19-11-2021, 13:59, MG Mammografie.

Verslag: Onderzoek vergeleken met eerdere mammografie uit 2015. Beiderzijds 25-50% fibroglandulair weefsel, ACR B. Mammaprothese in situ. Geen tumor beschaduwing Geen verdacht cluster microkalk. Echo. Normaal aspect van de mammaprothese linkszijdig. Geen tekenen van lekkage. Normaal fibroglandulair weefsel. Ter plaatse van de pijnklachten geen focale afwijkingen. Ook links axillair geen siliconen deposities en/of lymfadenopathie.

Conclusie: Mammaprothese links en rechtszijdig in situ. Verder normaal aspect beide mammae. BIRADS 2 beiderzijds. (...)"

3.4. Bij brief van 15 december 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het verwijderen van een borstprothese wordt afgewezen.

3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar gevraagd om heroverweging van deze beslissing. Bij brief van 29 december 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

3.6. Op 29 januari 2022 heeft verzoekster de gevraagde ingreep ondergaan.

3.7. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar opnieuw om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 9 februari 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster gevraagd het operatieverslag toe te sturen. Aan dit verzoek heeft zij voldaan.

3.8. In het operatieverslag van 29 januari 2022 heeft de behandelend chirurg over verzoekster verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) OK verslag OK tan TOP SOP; Plan verwijderen M prothesen bdz, en mastopectieen; uitleg. OK littekens asymmetrie volume vorm afwachten; foto's stand aftekenen.

Narcose iv Augmentin. Deepithealiseren bdz periareolar en caudale delenmammae; verwijderen bdz prothesen

RE: volledige ruptuur onleesbaar

*Li: intact Sebbin Laboratoires 435 07206 359 9*1, bdz geen seroom en soepel onverdachte kapsels, spoelen mbv hibiset en povidon en Nacl opl. mastopectie bdz, hemostasen sluiten in lagen etyhilon en monocryl 3-4.0, ststs geen drain normotensief oK, compressie BH 6 weken, co poli 2 weken verpl. en 2 mnd Tan.*

Meegedeeld ruptuur re M prothesen welken bij de echo niet te zien was. (...)"

- 3.9. Bij brief van 17 februari 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.10. Bij brief van 24 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.11. Bij brief van 7 november 2022 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 de kosten van het verwijderen van een borstprothese moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat uit het operatieverslag blijkt dat haar rechter borstprothese lek was. Dit is een verzekeringsindicatie voor het verwijderen van de prothese. Dat de lekkage niet kon worden vastgesteld op de echo of mammografie die verzoekster voorafgaand aan de operatie heeft ondergaan, kan haar niet worden tegengeworpen. Naast het feit dat is gebleken dat zij een verzekeringsindicatie had voor het verwijderen van de borstprothese staat vast dat de lekkage de oorzaak was van haar klachten. Na de operatie zijn deze verdwenen.
- 4.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij de aanvraag van verzoekster voor het verwijderen van de borstprothese terecht heeft afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat een verzekeringsindicatie hiervoor vóór de operatie moet worden vastgesteld door middel van een echo, mammografie of MRI. Dit blijkt uit de VAV-Werkwijzer en is nadien bevestigd door de commissie in het bindend advies van 6 april 2021 (SKGZ202001837). Aan de hiervoor genoemde voorwaarde is in het geval van verzoekster niet voldaan, omdat pas tijdens de operatie is vastgesteld dat de rechter borstprothese lek was.
- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat de behandelend arts op de hoogte is, dan wel dient te zijn, van de strenge voorwaarden die gelden om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van het verwijderen van borstprothesen en de uitwerking van die voorwaarden in de VAV-werkwijzer. Volgens de zorgverzekeraar mag dan ook worden verwacht dat de behandelend arts overeenkomstig handelt. Dat dit in geval van verzoekster niet is gebeurd, kan de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 5.3. 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.

6. **Advies Zorginstituut**

- 6.1. In het voorlopig advies van 24 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:
"(...) Gelet op de VAV Werkwijzer komt het verwijderen van borstprothesen voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering wanneer sprake is een ruptuur of lekkage van een siliconenprothese, welke aangetoond is door een mammografie, echo of MRI. Uit de mammografie en echo uitgevoerd bij verzoekster bleek niet voorafgaand aan de operatie dat hier sprake van was. Ook is niet aangetoond of aangevoerd dat bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoornis anderszins.

Dat na het verwijderen van de borstprothese bleek dat deze gescheurd was maakt het bovenstaande niet anders. De (verzekerings)indicatie dient voorafgaand aan de behandeling vastgesteld te worden om aanspraak te kunnen maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering. De indicatie wordt beoordeeld op zorginhoudelijke criteria als de behoefte aan zorg zich aandient, niet wanneer de zorgplaatsvindt.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoekster voorafgaand aan het verwijderen van de borstprothese een (verzekerings)indicatie had voor de operatie. De verwijdering van de borstprothese komt dan ook niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"

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 A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn vermeld in de bijlage. Hierin zijn tevens de toepasselijke bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van dit bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder het operatief verwijderen van borstprothesen. Voorwaarde om voor vergoeding hiervan in aanmerking te komen is dat sprake moet zijn van een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking en/of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit is vermeld op pagina 41 en 42 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving, waar de voorwaarden van de zorgverzekering op zijn gebaseerd, gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin kan in het geval van verzoekster niet worden gesproken.
- 8.4. Voor de beoordeling of sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis gebruikt de commissie de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (hierna: de VAV-Werkwijzer). In de VAV-Werkwijzer is vermeld dat, ten aanzien van het verwijderen van borstprothesen, sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in het geval van:
 - (i) een ruptuur of lekkage van de siliconen-prothese, welke is aangetoond door een mammografie/echo/MRI;
 - (ii) kapselvorming Bakerklasse IV of hoger;
 - (iii) een persisterende of recidiverende infectie door de aanwezigheid van de prothese, die niet reageert op andere behandelingen (bijvoorbeeld antibiotica);

(iv) interferentie met de behandeling van borstkanker (bijvoorbeeld radiotherapie) door aanwezigheid van de borstprothese;

(v) een borstimplantaat geassocieerd anaplastisch grootcellig T-cel lymfoom (BIA-ALCL), aangetoond door middel van pathologisch anatomisch onderzoek met cystoscopische punctie of histologische biopsie;

(vi) bij ernstige en aanhoudende systemische klachten, waarbij andere mogelijke oorzakelijke factoren voor deze klachten - anders dan de borstprotheses - door uitgebreid internistisch onderzoek zijn uitgesloten en er geen andere behandelmogelijkheden meer zijn dan verwijdering van de borstprotheses.

- 8.5. Het Zorginstituut heeft, met inachtneming van het voorgaande, in het advies van 24 september 2022 verklaard dat een verzekeringsindicatie - in dit geval een ruptuur of lekkage van een siliconenprothese - moet worden vastgesteld voorafgaand aan de ingreep om hierop aanspraak te kunnen maken ten laste van de zorgverzekering. Volgens het Zorginstituut moet de indicatie namelijk worden gesteld en beoordeeld, op basis van zorginhoudelijke criteria, als de behoefte aan zorg zich aandient en niet pas achteraf, wanneer de zorg plaatsvindt. De commissie volgt het Zorginstituut hierin en ziet geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2022

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

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslaptte bovenoogleden, 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,
- 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,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

i Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslaptte 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 deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. 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 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 alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

Let op

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met medisch specialistische revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U wordt behandeld door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts of

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

- is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese 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.