



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Plastische chirurgie, buikwandcorrectie, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201801827

Zittingsdatum : 19 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

---

1. Partijen

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

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Met het antwoordformulier van 19 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat zij aanspraak heeft op een buikwandcorrectie (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 april 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 21 mei 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019024021) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 24 mei 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 20 juni 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 21 juni 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was ten tijde van de aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 augustus 2018 aan verzoekster medegedeeld dat zij geen aanspraak heeft op de aangevraagde buikwandcorrectie.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Artikel 18, derde lid, van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.  
De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies.

- 3.5. De behandelend plastisch chirurg heeft bij brief van 20 augustus 2018 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een "Abdominoplastiek, inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis"
- 3.6. De huisarts heeft op 7 maart 2019 het volgende over verzoekster verklaard: "Mijn bovengenoemde patiënte is flink afgevallen en heeft een enorme overtollige huid, van haar buik. Patiënte heeft hierdoor chronische smetplekken onderbuik en kan doordat de huid in de weg staat zichzelf niet verzorgen. Tevens is ze ook daardoor erg depressief en vind[t] haarzelf niet meer mooi en accepteert haar lichaam zo niet. Om haar weer een goed[e] kwaliteit van leven te bieden, is ze doorgestuurd voor een buikwandcorrectie, maar helaas is dit afgewezen door de verzekering. Er is een medische indicatie hiervoor en patiënte dient in aanmerkin[g] te komen voor een buikwandcorrectie."
- 3.7. Bij brief van 21 mei 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: "Op basis van de beschikbare informatie (hierbij merkt het Zorginstituut op dat het dossier geen foto's bevat) is niet aannemelijk gemaakt dat het bestaande buikoverschot zou kunnen leiden tot een bewegingsbeperking zoals beschreven in de VAV Werkwijzer. Ook is niet aangetoond dat er sprake is van onbehandelbare smetten of verminking in de zin van de VAV Werkwijzer. De psychische klachten van verzoekster kunnen geen grond zijn voor vergoeding ten laste van de basisverzekering."

#### 4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

#### 5. Geschil

- 5.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. Artikel 18, derde lid, van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Zorgverzekering**

- 6.2. Verzoekster wil een buikwandcorrectie laten uitvoeren. Na haar zwangerschappen en de hierop volgende keizersnedes heeft zij last van uitgerekte spieren en huid. Ondanks het sporten en het gevolgde dieet is haar buik nog steeds erg bol. Door haar buik heeft zij pijn in haar rug en knieën, last van benauwdheid, en een beperking in haar bewegingsvrijheid (zij kan haar intieme zone moeilijk wassen of scheren). Voorts heeft verzoekster jeuk in de huidplooi onder haar buik en heeft zij last van nare geurtjes onder haar buik. Door de problemen met haar buik heeft verzoekster stemmingswisselingen, slapeloze nachten, een laag zelfvertrouwen, en is zij depressief. Dit alles

heeft tot gevolg dat haar sociale leven is weggevallen. Ook wil zij niet meer intiem zijn met haar partner.

De behandelend plastisch chirurg heeft op het aanvraagformulier van 20 augustus 2018 verklaard: *"Buikhuidoverschot met mechanische klachten, status na 10 kg gewichtsverlies zonder bariatrische chirurgie. Er is/geen sprake van verminking volgen[s] de Pittsburgh rating scale: 1-2."* Op het formulier wordt verder melding gemaakt van rugklachten en littekens *"status na sectio 4 x"*. Tevens is toegelicht dat verzoekster benauwd is door haar buik, dat zij problemen heeft met haar kleding en dat zij moeizaam kan sporten. Tot slot is door de behandelend plastisch chirurg vermeld dat er geen smetplekken zijn, maar dat verzoekster wel last heeft van jeuk.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor de buikwandcorrectie afgewezen, omdat verzoekster niet voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden. Bij verzoekster is niet gebleken van een overhangende buikhuid die in staande positie meer dan een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. De door verzoekster en de huisarts genoemde kortademigheid en benauwdheid zijn niet aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, veroorzaakt door het buikhuidoverschot.

Daarnaast is volgens de huisarts sprake van chronisch smetten. Dit blijkt evenwel niet uit de overgelegde foto's. Daarnaast heeft de huisarts niet vermeld hoe deze smetplekken worden behandeld en of deze onbehandelbaar zijn. Bovendien is volgens de behandelend plastisch chirurg geen sprake van onbehandelbaar smetten of van verminking zoals bedoeld in de polisvoorwaarden, aldus de ziektekostenverzekeraar.

Door zowel verzoekster als de huisarts is gesteld dat verzoekster vanwege haar opgezette buik depressief is, en dat zij hierdoor een mindere kwaliteit van leven ervaart. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat psychosociale redenen geen grond vormen voor vergoeding van de gewenste ingreep, hoe vervelend deze omstandigheden ook zijn voor verzoekster.

- 6.4. De commissie overweegt dat de zorgverzekering aanspraak biedt op een behandeling van plastisch chirurgische aard, zoals een buikwandcorrectie, als deze behandeling strekt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, als bedoeld in artikel 18, derde lid, van de zorgverzekering.

Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking of onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een zodanige bewegingsbeperking is aanwezig als de overhangende buikhuid - in staande positie - een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Verzoekster heeft weliswaar aangevoerd dat zij een beperking in haar bewegingsmogelijkheden ervaart, maar heeft als enige onderbouwing de verzorging van haar intieme zone genoemd. Daarmee wordt niet aan voornoemd criterium voldaan. Ook anderszins is dit niet gebleken. Daarom is de commissie van oordeel dat bij verzoekster van een ernstige bewegingsbeperking in voornoemde zin niet kan worden gesproken.

Onder onbehandelbaar smetten wordt verstaan niet te voorkomen dan wel te genezen smetten in de huidplooien dat ondanks adequate behandeling altijd daar aanwezig is en waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De reden van het conservatief falen is duidelijk te objectiveren. Als onvoldoende hygiënische maatregelen de oorzaak van het smetten zijn, is vergoeding niet mogelijk omdat minder ingrijpende maatregelen voorliggend zijn. De huisarts van verzoekster heeft verklaard dat verzoekster last heeft van onbehandelbaar smetten, maar hij heeft niet vermeld welke behandelingen in dit kader door haar zijn gevolgd. De behandelend plastisch chirurg heeft daarentegen aangegeven dat geen sprake is van smetplekken. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoekster niet heeft aangetoond dat bij haar sprake is van onbehandelbaar smetten.

Daarom kan bij verzoekster niet worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 18, derde lid, van de zorgverzekering.

- 6.5. Verminking is aan de orde bij 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 gaat het hierbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de

aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Verminking kan voorts aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. Van het een noch het ander is bij verzoekster gebleken zodat van verminking, zoals bedoeld in de zorgverzekering, geen sprake is.

6.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij psychische klachten ervaart als gevolg van het buikhuidoverschot. Psychische klachten zijn echter, hoe vervelend ook, geen verzekeringsindicatie voor een buikwandcorrectie.

6.7. Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

### **7. Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat verzoekster geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zeist, 3 juli 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

## Artikel 10 Zvw

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 Zvw

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.

### *Machtiging*

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Voor meer informatie zie [www.dsw.nl](http://www.dsw.nl).

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

### *Verwijzing*

- a. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG, GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts). In het geval van spoedeisende hulp is geen verwijzing noodzakelijk.
- b. Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- c. Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

### *Zorgaanbieder*

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

## **lid 2.3      Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst**

### *Wettelijk maximumtarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij 75% van de rekening gebrachte kosten.

### *Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

## **lid 3              Behandelingen van plastisch-chirurgische aard**

### **lid 3.1      Te vergoeden zorgkosten**

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

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

**lid 3.2****Voorwaarden***Algemeen*

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

*Machtiging*

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

*Verwijzing*

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

*Zorgaanbieder*

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

**lid 3.3****Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst***Vrije tarieven*

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

**lid 4****Beperkingen en uitsluitingen rond vruchtbaarheidsgerelateerde zorg***Beperkingen*

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

1. de zorg wordt niet vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een in-vitro-fertilisatiepoging (IVF-poging) betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
2. IVF bij vrouwen jonger dan 38 jaar wordt slechts vergoed als er bij de eerste twee IVF-pogingen slechts één embryo wordt teruggeplaatst per poging (bij de derde poging mogen er wel twee embryo's worden teruggeplaatst);
3. bij vrouwen van 38 jaar of ouder mogen er bij alle drie de pogingen één of twee embryo's worden teruggeplaatst per poging.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevordert;
2. de follikelpunctie;
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
4. Het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's ('verse' embryo's of 'cryo' (ingevroren) embryo's) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Niet vergoed wordt de vierde of volgende IVF-poging 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.



## Artikel 2.4 Bzv

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 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 gehemeldespleten, 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.

## Artikel 2.1 Rzv

De zorg bedoeld in [artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering](#) omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. met ingang van 1 januari 2020: nivolumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker;
- l. ibrutinib, voor zover verstrekt in het kader van de eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie, met uitzondering van eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie in aanwezigheid van 17p-deletie of TP53-mutatie bij patiënten voor wie chemo-immunotherapie niet geschikt is alsmede tot 1 januari 2020 met uitzondering van de eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie zonder aanwezigheid van 17p-deletie of TP53-mutatie bij niet fitte patiënten voor wie toepassing van anti-CD20 niet geschikt is;
- m. met ingang van 1 januari 2020: pembrolizumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker en Hodgkin-lymfoom;
- n. met ingang van 1 januari 2021: palbociclib, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van hormoonreceptor positieve, humaan epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve, lokaal gevorderde borstkanker of van hormoonreceptor positieve, humaan epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve, gemetastaseerde borstkanker;
- o. daratumumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van multipel myeloom, met uitzondering van de toepassing als monotherapie voor de behandeling van volwassen patiënten met gerecidiveerd en refractair multipel myeloom, bij wie de voorgaande behandeling bestond uit een proteasoomremmer en een immunomodulerend middel en die bij de laatste behandeling ziekteprogressie hebben vertoond;
- p. nusinersen, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van 5q spinale musculaire atrofie;
- q. ribociclib, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van hormoonreceptor positieve, humane epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker;
- r. atezolizumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker of in het kader van de behandeling van urotheelcarcinoom.