



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie, rugklachten, rectusdiastase

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

Zaaknummer : 201801810

Zittingsdatum : 3 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 11 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde buikwandcorrectie met reven van de buikspieren (fascia abdominalis) alsnog te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 mei 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 3 juni 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019029630) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 24 juni 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juli 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 juli 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 9 juli 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 oktober 2018 aan verzoekster medegedeeld dat zij geen akkoordverklaring krijgt voor de aangevraagde buikwandcorrectie met reven van de fascia abdominalis.

- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 en 12 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De huisarts heeft bij ongedateerde brief over verzoekster verklaard: *"[naam verzoekster], geboren [geboortedatum], is bekend met rugklachten. Hiervoor werd zij geopereerd in 2017 middels een spondylodese en vond er in 2018 opnieuw een operatie plaats in verband met aanhoudende klachten waarbij het osteosynthese materiaal werd verwijderd. Ondanks de ingrepen blijft zij rugklachten houden, waarvoor patiënte pijnstilling (tramadol zo nodig) gebruikt en bij de fysiotherapeut onder behandeling is. Gezien deze diastase kan de fysiotherapeut niet zijn adequate behandeling uitvoeren voor de rugklachten. Behandeling hieraan zou mogelijk verlichting van de rugklachten geven."*
- 3.5. De behandelend fysiotherapeut heeft bij ongedateerde brief over verzoekster verklaard: *"Mevr is bekend met zware rugpijnen. In 2017 is mevr geopereerd aan haar rug met een spondylodese van 4 ruggenwervels. In 2018 is het plaatwerk verwijderd door aanhoudende pijn. Helaas blijft mevr na deze operatie pijn houden. De gerichte therapie, het aansterken van de core, om de rugklachten te verminderen heeft tot op heden geen effect gehad. De therapeutische oefeningen belasten de rug teveel daar ze geen steun heeft in de buikspieren ook door een rectus diastase. Gedurende de dag kost het mevr veel moeite om de rug neutraal te houden. De pijn bouwt geleidelijk aan op waardoor mevr genoodzaakt is om naar bed te gaan. De core heeft het nut om rugklachten te ontzien en zo de rug en verdere lichaam te kunnen ondersteunen. De stabiliteit van de core is bij Mevr niet tot niets en leidt tot aanzienlijke pijnen en krachtsverlies en mobiliteitsproblematiek in de loop van de ochtend tot avond. Een buikwandcorrectie zou zeker een verlichting kunnen geven aan de rug."*
- 3.6. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het volgende verklaard: *"Betreft een aanvraag voor een buikwandcorrectie inclusief reven van de buikspieren. Verzekerde geeft aan dat deze aanvraag is gedaan vanwege ernstige rugpijn bij een status na een rugoperatie en een diastase van de buikspieren. De diastase van de buikspieren zou de rugstabiliteit/corestability ernstig hinderen en zodoende veel (rug) pijnklachten en ernstige beperkingen in het dagelijkse leven veroorzaken. De huisarts geeft aan dat een behandeling van de diastase mogelijk een verlichting kan bieden aan de rugklachten. De aanvrager/behandelaar geeft aan dat er geen smetten, verminking of bewegingstoornis bestaat. (zie aanvraagformulier). In het algemeen veroorzaakt een rectusdiastase geen objectiveerbare functiestoornis. En mogelijk worden de klachten ook niet veroorzaakt door de rectusdiastase. Rugklachten komen bijvoorbeeld heel veel voor. Een duidelijke relatie tussen de rugklachten en een rectusdiastase is niet aangetoond. Ook bij verzekerde is deze relatie niet onderbouwd of nader geduid. Een buikwandcorrectie is ook geen aangewezen behandeling bij rugklachten. En er is geen wetenschappelijk bewijs dat een buikwandcorrectie effectief is bij rugklachten of andere klachten die mogelijk het gevolg zijn van een rectusdiastase. Bovendien is een buikwandcorrectie een uitgebreide ingreep waarbij alleen het reven van de buikspieren (klein deel van deze complete ingreep) in deze casus aan de orde is. Er is zeer weinig literatuur te vinden over de effectiviteit van een chirurgische behandeling van een rectusdiastase; Al zeker geen goede opgezet, vergelijkend onderzoek. In een chirurgische leerboek wordt het volgende aangegeven over een rectusdiastase: "Appropriate management consists of reassurance of the patient and the family regarding the innocuous (=onschuldig) nature of the condition."*
- Samenvattend:**
De aanvraag wordt gedaan voor een buikwandcorrectie terwijl alleen de buikspieren worden gereefd.

*De relatie bij verzekerde tussen de rugpijnklachten en beperkingen in de mobiliteit en de rectusdiastase word[t] niet nader onderbouwd.
Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat het reven van een rectusdiastase rugpijnklachten kan doen verminderen.*

Conclusie

De aanvraag is naast ondoelmatig tevens niet conform de Stand van wetenschap en praktijk”.

- 3.7. Bij brief van 3 juni 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: “(...) *Er kan geconcludeerd worden er onvoldoende bewijs bestaat dat chirurgisch herstel van een rectus diastase leidt tot een verbetering op klinisch relevante uitkomsten zoals pijn en functioneren in vergelijking tot conservatievere vormen van therapie, zoals fysiotherapie. Chirurgische correctie van een rectus diastase komt daarom niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering. Daarnaast is op basis van het dossier niet aangetoond dat dat er sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking.* (...)”

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heft de commissie verzocht te bepalen dat zij aanspraak heeft op een buikwandcorrectie met reven van de buikspieren, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en 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.

6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster heeft in 2017 haar rug gebroken. Daarom zijn toen vier ruggenwervels vastgezet. Daarnaast heeft verzoekster een rectus diastase. Zij heeft in het verleden ook enkele keizersneden ondergaan. Verzoekster heeft dagelijks veel pijn en gebruikt hiervoor medicatie. Verder is zij snel vermoeid, kan zij niet lang staan of zitten en moet zij veel op bed liggen. Volgens de huisarts, de behandelend fysiotherapeut en de behandelend orthopedisch chirurg zou een buikwandcorrectie met reven van de buikspieren uitkomst bieden. Hierdoor wordt namelijk haar core versterkt en haar rug ondersteund, waardoor haar stabiliteit wordt verhoogd. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat de buikwandcorrectie de enige optie is om haar rugklachten te verminderen. Dat op de aanvraag ook een rectus diastase staat vermeld is volgens haar bijzaak.
- 6.3. De buikwandcorrectie is aangevraagd ter behandeling van een rectus diastase. Er is volgens de ziektekostenverzekeraar echter geen wetenschappelijk bewijs dat een operatieve correctie van de rectus diastase, in dit geval een buikwandcorrectie, effectief is als behandeling van lage rugklachten dan wel houdings-/stabilisatieproblematiek. Bovendien vormt het reven van de buikspieren slechts een klein deel van de ingreep. Daarbij ontbreekt een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.

Een rectus diastase kan hinderlijk zijn, maar geeft geen ernstige objectieveerbare lichamelijke functiestoornissen die het dagelijks functioneren ernstig beïnvloeden, en is daarom geen grond voor vergoeding van een buikwandcorrectie, aldus de ziektekostenverzekeraar. Tot slot is de behandeling niet doelmatig.

- 6.4. De commissie overweegt dat een buikwandcorrectie - met reven van de fascia abdominalis - is aangevraagd, en dat voor de beoordeling de aanvraag bepalend is. De zorgverzekering biedt aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard, zoals een buikwandcorrectie, indien de 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 B.4.5. van de zorgverzekering. Genoemd artikel is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende uitvoeringsbesluiten, met name de artikelen 10 en 11 Zvw, 2.4 Besluit zorgverzekering (Bzv) en 2.1 Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 6.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een zodanige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Verzoekster heeft niet aangevoerd dat zij een beperking in haar bewegingsmogelijkheden ervaart als gevolg van overtollige huid, terwijl voorts gesteld noch gebleken is dat zij aan voornoemd criterium voldoet. Daarom is de commissie van oordeel dat bij verzoekster van een ernstige bewegingsbeperking in voornoemde zin niet kan worden gesproken. De door verzoekster genoemde rugklachten en rectus diastase zijn niet aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de polisvoorwaarden. Dit is bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 3 juni 2019. Deze klachten vormen daarom geen (verzekerings)indicatie voor een buikwandcorrectie. 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. Verzoekster heeft niet gesteld dat bij haar sprake is van smetten. Ook anderszins is niet gebleken dat verzoekster last heeft van smetten. Derhalve is bij verzoekster geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de zorgverzekering.
- 6.6. 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 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. 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 artikel B.4.5 van de zorgverzekering, bij verzoekster geen sprake is.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



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



Zeist, 24 juli 2019,



mr. L. Ritzema



staande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek;
- inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Een AED wordt door daartoe bevoegde en bewaarde personen ingezet. Dit hoeft geen zorgverlener te zijn zoals wij die in onze voorwaarden beschrijven.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een opometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelt spleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.
- Voor gebruik van een AED is geen verwijzing nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

Gebruik van een AED kan op elke locatie plaatsvinden.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij

- de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
 - primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
 - de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeldespleten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- **Borstverkleining:**
u hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- **Laserbehandeling:**
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- **Neuscorrectie:**
u hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor zorgadvies.

Voorwaarden

Algemeen

De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- U hoeft vooraf geen zorgadvies en/of een akkoordverklaring aan te vragen als het gaat om een correctie van de bovenoogleden die wordt uitgevoerd door een zorgverlener waar wij een zorgovereenkomst mee hebben voor het uitvoeren van bovenoogleden correcties. U kunt die zorgverleners vinden op onze internetsite. De medisch specialist beoordeelt in dat geval namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de zorgverzekeringswet.
- Wordt de behandeling uitgevoerd door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling, of gaat het om een andere plastisch chirurgische ingreep die op de 'Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN' staat, moet u wel vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

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.

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 gerediveerd 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.