

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR
Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Utrecht

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, genderdysforie, osteotomie en
distractie van de kaak, wenkbrauwcorrectie, passabiliteitsprobleem

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202200731

Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 5 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 oktober 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. Bij brief van 29 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 januari 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 18 januari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023000198) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 januari 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 ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 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. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 januari 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 11 april 2023 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 ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Ditzo Goede Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Ditzo Pechvogelhelp (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is bekend met genderdysforie, en heeft in verband hiermee een genderbevestigende operatie ondergaan. De behandelend MKA-chirurg heeft in vervolg hierop bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een "Osteotomie/distractie van het os zygomaticum of van de maxilla volgens le Fort I, alsmede decompressie van de orbita".

- 3.3. Bij brief van 27 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen machtiging wordt verleend voor de door de MKA-chirurg aangevraagde ingreep.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 18 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 11 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog een machtiging te verlenen voor de aangevraagde behandeling.
- 4.2. Verzoekster ervaart op dit moment negatieve gevoelens door haar gezicht. Zij wordt elke dag weer geconfronteerd als zij in de spiegel kijkt of een foto van zichzelf ziet. Hoe zij zichzelf graag ziet en hoe zij er nu uitziet, stemt niet met elkaar overeen. Zij ervaart hierdoor veel stress en zit niet lekker in haar vel. Het gezicht is een belangrijk deel van iemands identiteit. Hoewel andere mensen haar niet "misgenderen" of uitschelden voor het zijn van transgender, zorgt haar gezicht voor verzoekster voor veel pijn. Daarbij is het zo dat als verzoekster haar gezicht neutraal houdt, dit wel vreemde blikken van anderen oplevert. Zij houdt haar wenkbrauwen daarom steeds opgetrokken en wordt dan normaal behandeld. Overigens hebben de opa en oma van verzoekster erg veel moeite haar als vrouw te zien, terwijl zij niet transfobisch zijn. Dit zegt iets over hoe mannelijk verzoekster er nog uitziet. Doordat dit probleem geaard is in genderdysforie, valt het niet zomaar op te lossen met een verbeterd zelfbeeld en/of therapie. Verzoekster heeft onvoldoende financiële middelen om de operatie zelf te bekostigen.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij graag een wenkbrauwcorrectie wil omdat haar wenkbrauwbot erg duidelijk aanwezig is. Dit is ook te zien op foto's. Nu is zij constant bezig haar wenkbrauwen omhoog te trekken, omdat zij anders niet goed door mensen wordt behandeld. Zij ziet de blik in hun ogen veranderen, en dat doet haar erg pijn. Zij heeft ook haar kapsel hier op aangepast. Een passabiliteitsprobleem is een hoog subjectief criterium. Het verschilt van persoon tot persoon. Zij ervaart absoluut dat mensen anders op haar reageren.
- 4.4. 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 ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een aangezichtscorrectie. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat bij verzoekster geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Op basis van de door verzoekster overgelegde foto's is de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat alle gelaatstreken waarvoor de ingreep is aangevraagd, vallen binnen de normale variatie van het vrouwelijk geslacht. De behandelend MKA-chirurg heeft in de aanvraag over de aanleiding tot de ingreep vermeld:

"Patiënte heeft in het consult aangegeven dat zij zich niet kan identificeren met het gezicht wat zij in de spiegel ziet. Daarbij heeft zij aangegeven nog steeds een man in de spiegel te zien, terwijl

zij zich een vrouw vanbinnen voelt. Haar dysfore gevoelens hebben met name betrekking op het voorhoofd en de mannelijke haarlijn. Bij onderzoek was er sprake van een frontal bossing met laagstand van de wenkbrauwen en een mannelijke haarlijn met een M-vorm. De voorgenomen ingreep (voorhoofdsplastiek via bicoronale, petrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. wenkbrauwlift, 238024, 2x 231539) zal hierbij mogelijk veel verbetering geven in de passabiliteit, waarbij de frontal bossing zal worden opgeheven, de wenkbrauwen hoger worden gepositioneerd en de mannelijke haarlijn zal worden aangepast".

Op basis van deze argumentatie is voor de ziektekostenverzekeraar onnavolgbaar dat sprake zou zijn van een passabiliteitsprobleem. De ziektekostenverzekeraar heeft ook nog contact gehad met de behandelend arts en gevraagd om een toelichting. De arts kon niet uitleggen wanneer verzoekster specifiek last had van discriminatie, (verbaal) geweld en/of sociale ongelijkheid.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat plastische chirurgie slechts onder bepaalde voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komt, ook na een transitie. Dit is het geval bij een passabiliteitsprobleem, waarbij iemand niet wordt herkend als het gender dat hij of zij wil zijn. Dit probleem is er bij verzoekster niet, en dit wordt ook bevestigd in het advies van het Zorginstituut. Het klopt dat het oordeel in hoge mate subjectief is. Toch proberen artsen dit de objectiveren, en te beoordelen binnen de bandbreedte van het uiterlijk dat mannen en vrouwen hebben.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar 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 18 januari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

Aangezichtschirurgie komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering als sprake is van een passabiliteitsprobleem.

De aanvraag van behandelaar bevat beperkte argumentatie voor het bestaan van een passabiliteitsprobleem. Volgens behandelaar dragen de frontal bossing met laagstand van de wenkbrauwen en een mannelijke haarlijn met een M-vorm het meeste hieraan bij. Hij denkt dit te kunnen behandelen met een voorhoofdsplastiek via bicoronale, petrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. wenkbrauwlift.

Het dossier bevat vier duidelijke foto's: een aangezichtsfoto, twee sagittale foto's en een zijwaartse gezichtsfoto. Op de beschikbare foto's is te zien dat de haargrens van verzoekster ietwat hooggelegen is. Frontal bossing en geprononceerde wenkbrauw richel zijn minimaal. Daarnaast wordt een rond gezicht gezien dat voldoende vrouwelijk oogt. Het dossier bevat verder geen argumentatie van het genderteam, waarom toch sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een voorhoofdsplastiek via bicoronale, petrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. wenkbrauwlift.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een voorhoofdsplastiek via bicoronale, petrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. wenkbrauwlift. (...)"

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 17 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 plastische chirurgie en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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. Ten behoeve van verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een *'Osteotomie/distractie van het os zygomaticum of van de maxilla volgens le Fort I, alsmede decompressie van de orbita'*. Dit is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 18.18 van de voorwaarden, dekking voor plastische chirurgie als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzoekster ondervindt geen fysieke klachten aan haar gezicht, zodat niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hierover verschillen partijen ook niet van mening. Hetgeen hen verdeeld houdt is of bij haar sprake is van verminking.
- 8.3. Verminking in het kader van aangezichtschirurgie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw bestaat in geval van een passabiliteitsprobleem. De definitie hiervan is opgenomen in het standpunt van het CVZ (de rechtsvoorganger van het Zorginstituut) van 22 maart 2010 genaamd 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de AWBZ en de Wmo'. Het standpunt luidt, voor zover hier van belang: *"Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren."* In die situatie kunnen de mannelijke gelaatstreken van betrokkene als verminking worden aangemerkt.
- 8.4. Bij de beantwoording van de vraag of een passabiliteitsprobleem bestaat, werd in het verleden gebruik gemaakt van een zogenoemde uiterlijke kenmerkenlijst. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 18 januari 2023 toegelicht dat aan de ingevulde uiterlijke kenmerkenlijst geen betekenis (meer) kan worden toegekend, aangezien deze in de praktijk niet toepasbaar (valide) is gebleken. In afwachting van een nieuw beoordelingskader is het aan de behandelaar in de aanvraag, ondersteund met beeldmateriaal, het bestaan van een passabiliteitsprobleem te onderbouwen. Bij voorkeur wordt in de aanvraag duidelijk omschreven waarom sprake is van een passabiliteitsprobleem bij de verzekerde, wat het probleem veroorzaakt en op welke manier de aangevraagde ingreep of ingrepen zullen leiden tot verbetering van het passabiliteitsprobleem. In de situatie van verzoekster ontbreekt een dergelijke onderbouwing door de behandelend MKA-chirurg.
Op basis van de overgelegde foto's en de ingediende aanvraag concludeert het Zorginstituut in zijn advies van 18 januari 2023 dat het bestaan van een passabiliteitsprobleem, en daarmee van de verzekeringsindicatie verminking, niet is komen vast te staan. Het Zorginstituut stelt daarnaast vast dat evenmin kan worden gesproken van verminking anderszins, en adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek.

- 8.5. Hoewel het bijzonder naar is dat verzoekster negatieve gevoelens ervaart door haar gezicht, ziet de commissie hierin, en ook in hetgeen overigens door haar is gesteld, geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Zij maakt de conclusie hiervan daarom tot de hare. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de ten behoeve van haar aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 april 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

Artikel 18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo 'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg.

Je hebt voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts. Op mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend heb je recht volgens artikel 18.19 en 18.20. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien of een klinisch fysicus audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Je hebt recht op verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.19 en 18.20 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Je hebt ook recht op de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Je hebt recht op medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Je hebt ook recht op de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder heb je recht op medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist almede de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Je hebt recht op deze zorg als je een vrouw bent tot je 43^{ste} jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Je hebt ook recht op de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na ivf, geldt als nieuwe eerste poging.

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF-poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF-poging wordt aangemerkt.

Tot je 38^{ste} jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal één embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Vanaf je 38^{ste} tot je 43^{ste} jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor je 43^{ste} verjaardag mag worden afgemaakt.

Je hebt geen recht op:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van het ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede IVF-poging tot je 38^{ste} jaar als er meer dan één embryo wordt

teruggeplaatst ;

- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Je hebt geen recht op behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Je hebt recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Je hebt vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als je deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

[De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.](http://www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen)

Je hebt geen recht op:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Second Opinion

Je hebt recht op een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op www.wetten.overheid.nl.

Artikel 18.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind vanaf 2 jaar is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Je hebt recht op de hieronder genoemde zorg:

- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen;
- Op fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;

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.