

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202302656

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.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de in 2023 bij haar uitgevoerde behandelingen van elektrische epilatie van het gelaat te vergoeden. Daarnaast heeft verzoekster de commissie verzocht om een beoordeling van de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar in deze kwestie. Volgens verzoekster is eerder vastgesteld dat bij haar een passabiliteitsprobleem bestaat. De situatie is sindsdien alleen maar verergerd. Voorts wordt ten onrechte geen rekening gehouden met het schrikeffect bij betrokkene. Verzoekster vraagt tevens aandacht voor de lange doorlooptijden bij de behandeling van machtigingsaanvragen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster niet voldoet aan de geldende voorwaarden, omdat op de overgelegde foto's niet zichtbaar is dat sprake is van een passabiliteitsprobleem. Daarnaast zijn andere behandelingen voorliggend zodat elektrische epilatie in dit geval niet doelmatig is.
- 1.2. De commissie overweegt dat behandelingen van plastisch chirurgische aard, zoals de aangevraagde behandelingen van elektrische epilatie van het gelaat, kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Hiervoor gelden voorwaarden, onder andere dat een verzekeringsindicatie aanwezig moet zijn, waarbij het in dit verband gaat om verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. Uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie blijkt dat niet kan worden beoordeeld of in juni 2023 nog een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking bestond. In april 2024 was hiervan in ieder geval geen sprake meer. Naar het oordeel van de commissie was bij verzoekster aanvankelijk een passabiliteitsprobleem aanwezig, hetgeen blijkt uit de door de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie gegeven toestemming en de latere vervolgmachtiging. Dat dit probleem ten tijde van de aanvraag van 6 juni 2023 niet meer aanwezig was, dan wel sterk was verminderd, kan niet worden geconcludeerd. Integendeel, beide partijen stellen dat het juist was verergerd. Het moet er daarom voor worden gehouden dat toen - nog steeds - sprake was van verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de aanvraag moet worden afgewezen, omdat verdere behandeling geen meerwaarde had, zodat verzoekster hierop niet redelijkerwijs was

aangewezen, wordt gepasseerd. Dit geldt eveneens voor de stelling dat geen sprake was van doelmatige zorg.

De commissie beslist dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de op 6 juni 2023 aangevraagde, en intussen uitgevoerde twintig vervolgbehandelingen, ten laste van de zorgverzekering. Waar het de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de aanvraag van 6 juni 2023 betreft, concludeert de commissie dat deze niet ontoelaatbaar is geweest.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 15 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 februari 2024 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 28 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 februari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 27 maart 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024009080) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierbij is de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. De commissie heeft besloten dit advies op te volgen. Een kopie van het voorlopig advies is op 28 maart 2024 aan partijen gestuurd. Hierbij heeft de commissie verzoekster gevraagd het nader onderzoek te verrichten. Bij e-mailbericht van 8 april 2024 heeft verzoekster de uitkomst van het nader onderzoek aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 10 april 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 19 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 22 april 2024 aan verzoekster gezonden.
- 2.4. Op 19 april 2024 heeft de commissie de uitkomst van het nader onderzoek door verzoekster van 9 april 2024 en de reactie van de ziektekostenverzekeraar hierop van 19 april 2024 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een nader advies uit te brengen. Bij brief van 21 mei 2024 heeft het Zorginstituut een nader advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 mei 2024 aan partijen gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 juni 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 21 mei 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 juni 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvulling Uitgebred (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is in transitie van man naar vrouw. Op 6 juni 2023 heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een vervolgmachtiging voor twintig aanvullende behandelingen van elektrische epilatie van het gelaat.

- 3.3. Bij brief van 7 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de aangevraagde epilatiebehandelingen niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Op 16 augustus 2023 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van diezelfde dag heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat hij geen nieuwe beoordeling doet na de heroverweging van 7 augustus 2023.
- 3.5. Bij brief van 27 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 21 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 13 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in 2023 bij haar uitgevoerde behandelingen van elektrische epilatie van het gelaat te vergoeden. Daarnaast heeft verzoekster de commissie verzocht om een beoordeling van de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar in deze kwestie.
- 4.2. In haar brief van 11 juli 2023 en het klachtenformulier van 19 augustus 2023 heeft verzoekster verwezen naar het standpunt dat het Zorginstituut (voorheen CvZ) in 2008 heeft ingenomen over epilatie van het gelaat. Er moet beoordeeld worden of sprake is van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Volgens het Zorginstituut reageert beharing in het gezicht en in de hals nauwelijks op hormonale therapie. Een transseksuele persoon die zich identificeert als vrouw en ook in uiterlijke verschijningsvorm als zodanig naar buiten treedt (gedurende de real-life-experience) en uiteindelijk vrouw is geworden, zal nog altijd de mannelijke baardgroei hebben. Daardoor kan in de regel worden gesproken van verminking. De epilatie van de baard valt onder de dekking van de basisverzekering. Er moeten in ieder geval tien behandelingen van de haargroei in het gezicht worden vergoed. Vervolgens dient, afhankelijk van de persoonlijke situatie, opnieuw een machtiging te worden aangevraagd. Het Zorginstituut noemt geen maximum aantal te vergoeden behandelingen, maar zegt over het aantal: *“Er zijn grote individuele verschillen in de intensiteit van de beharing. Deze zijn vooral familiair en raciaal bepaald. Om in het gelaat een acceptabele reductie van haargroei te bereiken zijn in ieder geval 10 behandelingen nodig. Bij personen met blond, rossig of wit/grijs haar of bij personen met een zeer donker huidtype zijn vaak meer sessies met elektrische epilatie nodig”*. Verzoekster heeft een lichte haarkleur. Lasertechniek is bij haar niet effectief. Van een passabiliteitsprobleem was na de eerdere behandelingen nog steeds sprake. Het gaat overigens niet alleen om de zichtbaarheid van de haartjes, maar ook om het vervelende gevoel dat verzoekster hiervan krijgt en het gevoel van buiten bij aanraking door een ander. Er waren meer epilatiebehandelingen nodig voor een acceptabel resultaat. De haartjes die nog aanwezig waren, waren in aantal en dikte niet vergelijkbaar met andere vrouwen van dezelfde leeftijd. Verzoekster heeft, onder verwijzing naar verschillende uitspraken, aangevoerd dat het oordeel van de behandelend arts als uitgangspunt moet gelden bij de indicatiestelling. Een verzekeraar moet hiervan uitgaan als de behandelend arts of therapeut de aanvraag en overwegingen voldoende inzichtelijk maakt. Een afwijzing zal objectief en transparant moeten worden gemotiveerd en worden toegespitst op het concrete geval. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten. De ziektekostenverzekeraar stelt zich daarnaast ten onrechte op het standpunt dat verdere behandelingen niet doelmatig zijn. Verzoekster heeft verklaard dat de behandelingen ruim twee maanden hebben stilgelegd vanwege een operatie. Voorts heeft zij uitgelegd dat niet

alle haartjes direct permanent worden verwijderd. Of een haartje permanent verdwijnt dan wel terugkomt na een aantal weken, is afhankelijk van in welke fase van behandeling het haartje zich op dat moment bevindt. Daarnaast spelen hormonen en medicatie een rol. Ook is het van belang of het haartje wordt verwijderd met de gehele wortel. Dit laatste is mede afhankelijk van de leeftijd van de behandelde persoon. Hoe ouder iemand is, hoe minder vaak het hele haartje wordt verwijderd.

Bij het onderbreken van de behandeling gedurende een paar maanden, zoals bij verzoekster is gebeurd, is het logisch dat meer haartjes zichtbaar zijn. Dit zegt niets over de doelmatigheid van verdere behandelingen. Een deel van de terugkerende haartjes wordt bij nieuwe behandelingen permanent verwijderd.

- 4.3. In haar brief van 14 januari 2024 heeft verzoekster verklaard dat de huidtherapeut voortzetting van de behandeling noodzakelijk vond. Continuïteit van de behandeling is voor verzoekster ook belangrijk vanwege haar autisme en hersenletsel. Daarnaast is het voortzetten van de behandeling noodzakelijk in verband met aankomende gezichtsoperaties. Elektrische epilatie is namelijk niet wenselijk op littekenweefsel. Het laten staan van de haartjes in het gezicht zou onnodig lijden tot gevolg hebben. Dit uit zich zowel intern als extern, onder andere door minder zelfvertrouwen.
- De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een advies dat het Zorginstituut in het verleden aan de commissie heeft uitgebracht. Volgens verzoekster is dit advies van het Zorginstituut niet op haar situatie van toepassing en geldt hetzelfde voor het hierop gebaseerde bindend advies van de commissie. Het Zorginstituut geeft in zijn advies geen algemeen oordeel, maar gaat slechts in op een specifieke casus. In die specifieke casus was er onvoldoende informatie en is er geen inhoudelijk advies uitgebracht. Daarnaast wordt in het advies gesproken over een donkere waas die na een halve dag zichtbaar zou zijn. In 2008 heeft het Zorginstituut een nieuw pakketadvies uitgebracht waarin uitdrukkelijk is verklaard dat het pakketadvies van 2007 niet meer van toepassing is. De verwijzing naar de donkere waas na een halve dag is dus niet meer relevant. Dit wordt ook niet benoemd in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor artsen volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV-Werkwijzer). Voorts heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar de machtigingsaanvragen traag heeft behandeld. Deze handelwijze heeft bij haar tot veel stress geleid en veel van haar energie gekost. Na drie maanden heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen, omdat hij onvoldoende informatie had ontvangen van het ziekenhuis. Hiervan is verzoekster niet op de hoogte gesteld. De ziektekostenverzekeraar weigert zijn werkproces te verbeteren met betrekking tot het geven van informatie en het tijdig nemen van een beslissing.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft een aanvraag voor een zorgmachtiging een verwerkingstijd van tien werkdagen. Deze termijn wordt door de ziektekostenverzekeraar bijna nooit gehaald. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar een aanvraag van 15 maart 2023 kwijtgeraakt.
- 4.4. In haar brief van 27 januari 2024 heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar op de aanvraag van 30 april 2023 een vervolgmachtiging heeft afgegeven. Op dat moment was dus voldaan aan de geldende voorwaarden. De aanvraag van 6 juni 2023 werd daarentegen afgewezen. Het enige verschil tussen deze twee aanvragen is dat op de bijbehorende foto's van de aanvraag van 6 juni 2023 meer haartjes zichtbaar waren dan op de foto's bij de aanvraag van 30 april 2023.
- Op 30 april 2023 was sprake van een passabiliteitsprobleem. De situatie van verzoekster is in de aanloop naar 6 juni 2023 niet verbeterd, maar juist verslechterd. De aanvraag van 6 juni 2023 zou daarom niet op basis van de verzekeringsindicatie, maar enkel op het punt van de doelmatigheid tot een afwijzing kunnen leiden. Hiervoor heeft verzoekster een verklaring gegeven en de ziektekostenverzekeraar heeft dit niet weerlegd.
- Ten onrechte wordt bij de beantwoording van de vraag of sprake is van verminking alleen het optische gezichtspunt van de buitenwereld meegenomen. Ook het schrikeffect bij betrokkene is echter relevant. Het eigen spiegelbeeld kan immers eveneens leiden tot een schrikeffect. Dit geldt ook voor het gevoel van (eigen) aanraking. Het geven van een knuffel of zoen geeft een schrikeffect. Dit is van invloed op het zelfvertrouwen. De buitenwereld blijft verzoekster aanspreken met 'hij'.

Door de behandelingen van elektrische epilatie wordt dit minder. Daarnaast zouden de dikte van de haartjes en het aantal haartjes een rol moeten spelen bij de beoordeling of aanspraak bestaat op behandelingen van elektrische epilatie. Dit geldt ook voor de pigmentatie van de haartjes. Verzoekster heeft verder opgemerkt dat ook een gebroken arm niet wordt getoetst aan het criterium 'verminking' in de vorm van een passabiliteitsprobleem. In dat geval zou een uitstekend bot pas tot vergoeding leiden. Passabiliteit betekent in dat geval dat de behandeling niet wordt vergoed als het voor de buitenwereld niet zichtbaar is dat de arm is gebroken. Bij een gebroken arm wordt de aanspraak op behandeling echter duidelijk aan de interne beleving van pijn en ongemak getoetst.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie van 21 mei 2024 niet ingaat op de doelmatigheid. Verder wordt in het advies een verkeerde vergelijking gemaakt. In juni 2023 was de situatie anders dan in april 2024. Inmiddels zijn meer behandelingen uitgevoerd. Daarnaast blijkt uit de voorschriften niet dat foto's van het gehele gelaat nodig zijn. Dit was voor de ziektekostenverzekeraar ook niet nodig. Desondanks heeft het Zorginstituut gevraagd om foto's van het gehele gelaat. Ook heeft het Zorginstituut de persoonlijke omstandigheden ten onrechte niet bij het advies betrokken. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen huid- en haartype. Gelaatsontharing is bij personen met donkere haartjes succesvoller dan bij personen met lichte haartjes. Lasertherapie is bij donkere haartjes effectief. Lichtere haartjes moeten daarentegen worden behandeld met elektrische epilatie. Hierdoor blijft het passabiliteitsprobleem langer aanwezig.
- Verzoekster heeft verder toegelicht dat de haren gedurende de periode van behandeling in een groeicyclus terecht komen. Dit leidt ertoe dat er de ene week meer haartjes aanwezig zijn dan de andere week. Na de eerste behandelingen is verzoekster een periode niet behandeld vanwege een andere operatie. Na deze periode waren meer haartjes zichtbaar. Hier zijn foto's van gemaakt. Volgens de behandelend huidtherapeut kan de beharing van verzoekster als ernstig worden aangemerkt als deze wordt vergeleken met eventuele beharing van cis-vrouwen. Ook wekt het uiterlijk van verzoekster in de praktijk van de huidtherapeut reacties op. Hieruit blijkt dat sprake is van een passabiliteitsprobleem.
- Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat de richtlijnen voorschrijven dat een passabiliteitsprobleem bestaat tot is vastgesteld dat hiervan geen sprake meer is. Uit het advies van het Zorginstituut van 27 maart 2024 aan de commissie blijkt dat het Zorginstituut, op basis van aanvraag van 6 juni 2023, niet kan beoordelen of een passabiliteitsprobleem aanwezig is. Daarom is om aanvullende informatie gevraagd. Hierdoor wordt de bewijslast ten onrechte omgedraaid. De ziektekostenverzekeraar heeft immers de eerste machtiging afgegeven, omdat sprake was van een passabiliteitsprobleem. Op 6 juni 2023 was de haargroei volgens de ziektekostenverzekeraar toegenomen. Het is daarom onbegrijpelijk dat de beoordeling van de foto's bij de aanvraag van 6 juni 2023, waarbij het de derde aanvraag betrof, bij de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie heeft geleid dat geen sprake meer was van een passabiliteitsprobleem. Verder blijkt uit de foto's van juni 2023 en april 2024 duidelijk dat grote verschillen bestaan. Het passabiliteitsprobleem is minder geworden, omdat de pigmentatie en de dichtheid van de haartjes zijn afgenomen. Daarnaast is een operatie uitgevoerd. Het passabiliteitsprobleem is echter niet verdwenen. Op straat wordt verzoekster nog steeds nagekeken. Dit is erg pijnlijk, en hetzelfde geldt voor de reacties van andere mensen op haar uiterlijk.
- Volgens verzoekster zijn de foto's van april 2024 niet representatief voor de situatie in juni 2023. De kwestie leidt bij haar inmiddels tot psychische klachten.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van behandelingen van elektrische epilatie van het gelaat bij verzoekster niet worden vergoed. In zijn brieven van 8 augustus 2023 en 17 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in de VAV-Werkwijzer staat dat bij een verzekerde verminking moet zijn vastgesteld om in aanmerking te komen voor gelaatsontharing. Er wordt dan gesproken over een passabiliteitsprobleem. Hiervan is volgens de VAV-Werkwijzer sprake wanneer de overmatige gelaatsbeharing een schrik-effect veroorzaakt.

Echter, bij zowel trans- als cis-vrouwen zijn andere behandelingen voorliggend, namelijk harsen, scheren, epilieren en bleken.

Ter onderbouwing van zijn standpunt verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een advies dat het Zorginstituut op 4 april 2019 aan de commissie heeft uitgebracht (dossiernummer 201901138) waarin het Zorginstituut opmerkt: *“Weliswaar laten baard en snor vanwege hun veel langere cyclus en de grote dichtheid zich niet goed beïnvloeden door hormonale interventie, maar geregeld scheren of harsen, eventueel in combinatie met make-up kan doorgaans een afdoende vrouwelijk resultaat geven. In extreme gevallen, waarin sprake is van een uitgesproken donkere baard- en snorgroei volgens een typisch mannelijk patroon, waarbij binnen een halve dag na het scheren en duidelijke donkere waas opkomt, die opnieuw geschoren moet worden en die ook niet anderszins onder controle kan worden gehouden (bijvoorbeeld door middel van geregeld harsen), kan als ernstig misvormend worden aangemerkt. In dat geval kan worden gesproken van een verminking”*. Uit de overgelegde verklaring van de behandelend huidtherapeut van 12 september 2023 kan niet worden opgemaakt dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde zorg. Op de overgelegde foto's is niet zichtbaar dat sprake is van een passabiliteitsprobleem.

- 5.2. In zijn brief van 28 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat een passabiliteitsprobleem is omschreven als een kenmerk in het uiterlijk dat een schrik-effect kan hebben op anderen. De uiterlijke kenmerken moeten niet kunnen worden verholpen door andere behandelingen zoals harsen, scheren, epilieren en bleken. Op basis van de foto's bij de aanvraag van 6 juni 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat de gelaatsbehandling van verzoekster kan worden tegengegaan door één van deze behandelingen. Elektrische epilatie is in dit geval daarom tevens niet doelmatig.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat moet worden beoordeeld of is voldaan aan de geldende indicatievoorwaarden. Het uitgangspunt is dat beperkte gezichtsbehandling moet worden aangepakt met laagdrempelige maatregelen. Alleen bij ernstige gezichtsbehandling kan aanspraak worden gemaakt op elektrische epilatie. Op basis van de foto's bij de aanvraag van juni 2023 was duidelijk dat de beharing onvoldoende ernstig was en dat geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. Foto's van het gehele gelaat waren hiervoor voor de zorgverzekeraar niet nodig. Ook het Zorginstituut komt in zijn advies aan de commissie van 21 mei 2024 tot de conclusie dat niet aan de geldende voorwaarden is voldaan. Volgens het Zorginstituut komt verdere behandeling niet voor vergoeding in aanmerking als dit geen meerwaarde blijkt te hebben. Dit is een subsidiair standpunt, naast het primaire standpunt dat geen sprake is van een verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. Als geen sprake is van verminking, kan de aanvraag worden afgewezen omdat verdere behandeling geen meerwaarde heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat zijn beleid is dat hij standaard, en dus zonder toets op het bestaan van een passabiliteitsprobleem, een machtiging afgeeft voor de eerste twintig behandelingen. Pas bij een aanvraag voor een vervolgmachtiging wordt beoordeeld of een passabiliteitsprobleem bestaat. Bij de eerste aanvraag wordt er effectief vanuit gegaan dat daarvan sprake is. Dit beleid wordt overigens gevoerd op suggestie van het Zorginstituut. Beoordeeld moet worden of de situatie na de eerste twintig behandelingen dusdanig is dat aanspraak bestaat op vervolgbehandelingen. Door de ziektekostenverzekeraar wordt dit ook gecommuniceerd met zijn verzekerden. Een brief van deze strekking heeft hij echter niet in het dossier van verzoekster aangetroffen. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend hoe dit ten tijde van de aanvraag van 6 juni 2023 is gegaan. Uiteindelijk is dit ook niet relevant. Op het moment dat een nieuwe aanvraag wordt gedaan, moet worden beoordeeld of aan de geldende voorwaarden is voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft bestreden dat het bestaan van een passabiliteitsprobleem moet worden aangenomen tot het tegendeel is bewezen. Het is aan een verzekerde om te stellen en te bewijzen dat aan de voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan en in dit geval dus dat een passabiliteitsprobleem bestaat. Passabiliteit is een begrip dat speelt bij verschillende behandelingen van plastisch chirurgische aard bij transgenderzorg. Hierbij is van belang dat de perceptie van de buitenwereld wordt bepaald door allerlei factoren, ook door factoren die niet kunnen worden aangepast, zoals postuur, stemgeluid of de manier van bewegen. De uitdaging bij aanvragen van behandelingen van plastisch chirurgische aard bij transgenderzorg is om de passabiliteit terug te brengen naar de uiterlijke kenmerken waarvoor behandeling

wordt aangevraagd. De adviserend geneeskundigen van de ziektekostenverzekeraar en de medisch adviseurs van Zorginstituut zijn hiervoor opgeleid. De aanvraag van 6 juni 2023 is beoordeeld door de adviserend geneeskundigen. Er is beoordeeld of de gezichtsbeharing van verzoekster op zichzelf tot een passabiliteitsprobleem leidt. In de praktijk is het lastig om een passabiliteitsprobleem te herleiden tot uiterlijke kenmerken. De manier waarop buitenstaanders naar een persoon kijken wordt immers ook beïnvloed door andere factoren, zoals kleding en haardracht. In dit geval gaat het om elektrische epilatie van het gelaat. De vraag is daarom of de gezichtsbeharing dusdanig was dat sprake was van een passabiliteitsprobleem. Deze beoordeling moet worden gedaan aan de hand van beeldmateriaal. Het door verzoekster genoemde gevoel van aanraking is hierbij niet relevant. Aanvragen voor elektrische epilatie moeten op dezelfde manier worden ingediend en beoordeeld. Echter, de zorgverzekering biedt dekking voor gelaatsontharing na geslachtsverandering. Voor gelaatsontharing bij cis-vrouwen geldt dat de kosten hiervan niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering, maar mogelijk wel vanuit van een aanvullende verzekering.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat zijn opmerking in de brief 7 juli 2023 dat sprake is van een toename, moet worden gerelateerd aan de effectiviteit van de behandeling

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 27 maart 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Passabiliteitsprobleem

Het recht op vergoeding van elektrische epilatie stopt als geen sprake meer is van een passabiliteitsprobleem.

Het dossier bevat vijftien foto's van de baardregio. Het dossier bevat geen foto's van het hele gezicht. Het passabiliteitsprobleem wordt beoordeeld aan de hand van foto's van het gehele gelaat. Daarnaast is niet duidelijk hoe lang de foto's na het scheren zijn genomen. Op basis van de beschikbare foto's is niet vast te stellen of nog steeds sprake is van een passabiliteitsprobleem en (dus) van een verminking. Het dossier bevat daarnaast geen evaluatie van de huidtherapeut voor de vervolgaanvraag.

Het geschil heeft ook betrekking op de doelmatigheid van zorg. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van elektrische epilatie dient de volgende informatie te worden toegevoegd aan het dossier:

- foto's van het hele gelaat kort na het scheren;*
- foto's van het gehele gelaat 24 uur na het scheren;*
- een evaluatie van de huidtherapeut.*

Hiermee kan het Zorginstituut beoordelen of nog steeds sprake is van een passabiliteitsprobleem en indien dat het geval is, of verzoekster ook redelijkerwijs is aangewezen op elektrische epilatiebehandelingen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 6.2. In het nader advies van 21 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het ontvangen dossier bevat een verklaring van de huidtherapeut, foto's van de baardregio gemaakt in juni 2023, foto's van het gehele gezicht en van delen van het gezicht kort na en 24 uur na het scheren gemaakt in april 2024.

Verklaring huidtherapeut

De huidtherapeut heeft verklaard dat verzoekster een volledige baardgroei had met een hoge haardichtheid met lichte en donkere haren. De huidtherapeut heeft verklaard dat in juni 2023, ten tijde van de aanvraag van de aanvullende elektrische epilatiebehandelingen, veel effect bereikt was met de elektrische epilatiebehandelingen. Er waren gaten in de beharing met een afgenomen haardichtheid. Op het moment van de aanvraag voor aanvullende behandelingen was 60% van de beharing verwijderd.

Het streven van de huidtherapeute is 80-90% reductie van de baardgroei.

Het is niet duidelijk hoeveel laser- en elektrische epilatie behandelingen bij de aanvraag van juni 2023 tot 60% reductie van de baardgroei hebben geleid.

Hierdoor is het effect van de behandelingen niet goed te beoordelen. Volgens de huidtherapeute was er in juni 2023 en in april 2024 sprake van een schrikeffect conform een passabiliteitsprobleem.

Passabiliteitsprobleem

Het dossier bevat geen foto's van het hele gelaat ten tijde van de aanvraag in juni 2023.

Het passabiliteitsprobleem wordt beoordeeld aan de hand van foto's van het hele gelaat. De huidtherapeute geeft aan dat de haren 'wegvallen' bij een aangezichtsfoto. Hierdoor kan niet worden beoordeeld of sprake was van een passabiliteitsprobleem en (dus) van verminking in juni 2023.

Op de foto's van april 2024 zijn onder de kin lichte haren zichtbaar, maar op de foto's van het gehele gelaat is er geen sprake van een schrikeffect conform een passabiliteitsprobleem. Daarom concludeert het Zorginstituut dat er in april 2024 geen sprake was van een passabiliteitsprobleem en (dus) geen sprake van verminking.

Het geschil heeft ook betrekking op de doelmatigheid van zorg. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat er geen sprake is van verminking. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van twintig aanvullende elektrische epilatiebehandelingen ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet aangewezen op de twintig aanvullende elektrische epilatiebehandelingen 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende

ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 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 behandelingen van plastisch chirurgische aard 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor permanente ontharing door middel van elektrische epilatie. Dit is een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat behandelingen van plastisch chirurgische aard kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hiervoor gelden voorwaarden, die staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel 18.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 1, en 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn niet op de situatie van verzoekster van toepassing. De commissie toetst daarom alleen aan onderdeel 2 van de bepaling, waarin de verzekeringsindicatie verminking is opgenomen. Wat in dit verband wordt bedoeld met verminking is nader uitgewerkt in de VAV-Werkwijzer. De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 8.3. De commissie overweegt dat het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CvZ) op 22 september 2008 een standpunt heeft ingenomen over onder andere epilatie van de baard in het gezicht en de hals. Het CvZ is daarbij tot de conclusie gekomen dat baardgroei in het gezicht bij een man-vrouw transgender kan worden aangemerkt als verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Verminking in het kader van epilatie 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 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 en niet respectvol reageren"*. In de praktijk betekent dit voor gelaatsontharing dat moet worden vastgesteld of er door de overmatige beharing sprake is van een schrik-effect, conform het passabiliteitsprobleem. De commissie stelt vast dat voor de beoordeling van het schrik-effect niet de beleving van betrokkene relevant is, maar die van de - willekeurige - voorbijganger.
- 8.4. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de beoordeling van het passabiliteitsprobleem door een behandelend arts of therapeut als uitgangspunt moet gelden, overweegt de commissie, waar het gaat om de zorgverzekering in algemene zin, als volgt.
Het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen ligt bij de behandelend arts. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk?'), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat en diegene 'redelijkerwijs is aangewezen op' de zorg of andere dienst, (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de zorgverzekeraar) en tot slot (iv) - indien overeengekomen - de behandeling doelmatig is.

In dit geval geldt in de eerste plaats dat behandelingen van plastisch chirurgische aard aan nadere voorwaarden met betrekking tot de verzekeringsindicatie zijn gebonden. In die zin gaat de vergelijking die verzoekster maakt met de behandeling van een gebroken arm niet op. Waar het erom gaat of bij verzoekster kan worden gesproken van een passabiliteitsprobleem, kan de van de huidtherapeut ontvangen informatie niet zonder meer als uitgangspunt worden genomen.

- 8.5. Uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie van 21 mei 2024 blijkt dat het Zorginstituut het passabiliteitsprobleem beoordeelt aan de hand van foto's van het gehele gelaat. Het Zorginstituut heeft opgemerkt dat het dossier geen foto's bevat van het gehele gelaat ten tijde van de aanvraag in juni 2023. Hierdoor kan niet worden beoordeeld of in juni 2023 sprake was van verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. Mede naar aanleiding van hetgeen de ziektekostenverzekeraar op dit punt heeft gesteld, overweegt de commissie dat het uitgangspunt op basis van de jurisprudentie is dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van haar op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469).

Tegen deze achtergrond ligt het dus op de weg van verzoekster om aannemelijk te maken dat zij voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden om aanspraak te maken op elektrische epilatie, in die zin dat ten tijde van de aanvraag van 6 juni 2023 sprake was van een verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. Hierin is verzoekster naar het oordeel van de commissie geslaagd. Zo heeft zij erop gewezen dat de eerste aanvraag voor behandelingen van elektrische epilatie werd goedgekeurd. Ook de aanvraag voor een vervolgmachtiging werd gehonoreerd. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat zijn beleid is dat de eerste twintig behandelingen zonder meer worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit is in de situatie van verzoekster ook gebeurd, maar een aan haar gerichte brief waarin wordt toegelicht dat vergoeding wordt verleend zónder dat een inhoudelijke beoordeling van de verzekeringsindicatie heeft plaatsgevonden, is door de ziektekostenverzekeraar in de procedure niet overgelegd. De commissie oordeelt daarom dat verzoekster mocht concluderen dat werd voldaan aan de voorwaarde van het bestaan van een passabiliteitsprobleem. In april 2023, ten tijde van de aanvraag voor een vervolgmachtiging, bestond dit probleem kennelijk nog steeds, ook in de optiek van de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van 6 juni 2023 afgewezen, omdat - blijkens zijn brief van 7 juli 2023 - de situatie van verzoekster was verergerd. Ook verzoekster heeft aangevoerd dat sprake was van een toename van de haargroei. Tegen deze achtergrond kan naar het oordeel van de commissie niet worden geconcludeerd dat het passabiliteitsprobleem niet meer aanwezig was, dan wel sterk was verminderd. Het moet er daarom voor worden gehouden dat in juni 2023 nog steeds een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking bestond.

Het Zorginstituut heeft de foto's van het gehele gelaat uit april 2024 beoordeeld. In zijn advies aan de commissie van 21 mei 2024 overweegt het Zorginstituut dat op deze foto's onder de kin lichte haren zichtbaar zijn, maar dat geen sprake is van een schrikeffect conform een passabiliteitsprobleem. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat op basis van de beschikbare informatie (foto's van april 2024) kan worden geconcludeerd dat toen geen sprake (meer) was van verminking. De commissie ziet geen reden om van die conclusie af te wijken en neemt deze over. Hieruit volgt dat de bestaande verzekeringsindicatie in april 2024 was geëindigd. Vervolgens dient te worden beoordeeld of verzoekster, in de periode vóór april 2024, ook redelijkerwijs was aangewezen op de aangevraagde twintig vervolgbehandelingen. De commissie overweegt in dit verband dat in de VAV-Werkwijzer is opgenomen dat indien er bij herhaald behandelen geen verbetering optreedt, de betreffende persoon niet meer redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg, ook al is het gewenste resultaat nog niet bereikt. Volgens de ziektekostenverzekeraar dient de aanvraag te worden afgewezen, omdat de behandeling geen meerwaarde meer had, aangezien er ten tijde van de aanvraag van 6 juni 2023 een toename van haargroei leek te zijn ten opzichte van de eerdere aanvraag. De behandelend huidtherapeut zag deze meerwaarde blijkbaar nog wel. Daarnaast is door verzoekster verklaard dat zij na de eerste behandelingen een periode niet is behandeld vanwege een operatie en dat na deze operatie meer haartjes zichtbaar waren. De commissie acht die verklaring, nu deze door de

ziektekostenverzekeraar niet althans onvoldoende gemotiveerd is bestreden, aannemelijk. Dit betekent dat verzoekster ten tijde van de aanvraag van 6 juni 2023 redelijkerwijs was aangewezen op de aangevraagde zorg.

- 8.6. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aangevraagde zorg in de situatie van verzoekster niet doelmatig is. Hierover overweegt de commissie als volgt. Bij de totstandkoming van de Zvw is de wetgever ervan uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Het is aan de ziektekostenverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken en deze vervolgens op de nemen in de voorwaarden van de zorgverzekering (Stb. 2005, 389, p. 37) Het ligt op de weg van de ziektekostenverzekeraar erop toe te zien dat een juiste balans tot stand komt tussen enerzijds de kosten van de zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar op redelijke gronden heeft besloten dat de aangevraagde zorg niet doelmatig is. Tussen partijen zijn in de voorwaarden van de zorgverzekering afspraken vastgelegd over de doelmatigheid van de zorg en overige diensten, zodat de ziektekostenverzekeraar hierover kan oordelen.

De commissie deelt de mening van de ziektekostenverzekeraar, dat geen sprake is van doelmatige zorg, niet. Bij de initiële aanvraag - en overigens ook ten tijde van de eerste aanvraag voor een vervolgmachtiging - speelde het punt kennelijk geen rol. De doelmatigheid had echter ook op dat moment onderdeel moeten zijn van de beoordeling, en de ziektekostenverzekeraar had destijds de gelegenheid om op basis van zorginhoudelijke argumenten te onderbouwen dat de door hem genoemde alternatieven te prefereren waren boven elektrische epilatie. Dit is toen evenwel nagelaten en kan verzoekster, nu het gaat om een tweede aanvraag voor een vervolgmachtiging, niet (meer) worden tegengeworpen.

Gelet op het voorgaande ziet de commissie tevens aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.7. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor behandelingen van elektrische epilatie tot een bedrag van maximaal € 350,-.

Handelwijze

- 8.8. Verder heeft verzoekster de commissie verzocht om een beoordeling van de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. In dit kader heeft zij opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar haar aanvragen traag heeft afgehandeld en geen inhoudelijke reactie heeft gegeven. De commissie overweegt dat de door verzoekster genoemde aanvraag van 15 maart 2023, die zou zijn zoekgeraakt, niet in het geding is.

Voor zover het de termijn van afhandeling van een aanvraag betreft, is door verzoekster onweersproken gesteld dat deze tien dagen zou belopen. Dit is echter geen 'harde' termijn. In de zogenoemde Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap zijn op dit punt wel inspanningsverplichtingen opgenomen, maar opnieuw geen 'harde' termijnen. Dit betekent dat de commissie waar het de in geding zijnde aanvraag betreft niet tot de conclusie komt dat de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar ontoelaatbaar is geweest, waarbij wordt opgemerkt dat ook in geval van een geconstateerde termijnoverschrijding, dit er op zichzelf niet toe kan leiden dat in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak ontstaat op het gevraagde. Hetzelfde geldt voor het gestelde uitblijven van een inhoudelijke reactie, waarbij de commissie aanneemt dat verzoekster hierbij doelt op het telefonisch verzoek om een tweede heroverweging van 16 augustus 2023. De commissie laat dit punt daarom verder rusten.

Slotsom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de op 6 juni 2023 aangevraagde en reeds uitgevoerde twintig vervolghandelingen van elektrische epilatie ten laste van de zorgverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- (iii) het meer of anders door verzoekster gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 1 augustus 2024,

J.W. Heringa

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

3.10 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid
Maximaal € 150 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar	Maximaal € 350 per kalenderjaar

Voorwaarden reguliere epilatie:

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist.

Voorwaarden laserbehandeling:

- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een arts, huidtherapeut of schoonheidsspecialist (deze moet in opdracht/onder toezicht van een huidtherapeut werken).

3.11 Ergotherapie

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid
-	-	100%

Voorwaarden:

- Als u naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- Vergoeding vanaf het 11e behandeluur voor advies, instructie, training of behandeling door een erkend ergotherapeut in zijn praktijk of bij u thuis.
- Het doel is uw zelfzorg en zelfredzaamheid te vergroten.
- De eerste 10 behandelingen worden vergoed op uw basisverzekering.
- De behandelingen mogen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

3.12 Extra kinderopvang bij opname ouders

Wat krijgt u vergoed?

Start	Extra	Uitgebreid
-	-	€ 15 per dag, maximaal € 450 per kalenderjaar voor een gezin met kinderen tot en met 12 jaar

Voorwaarden:

- Bij een ziekenhuisopname van één van de ouders of verzorgers, die ook bij ons verzekerd is.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin uw jongste kind 12 jaar wordt. Hij of zij moet ook bij ons verzekerd zijn.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen.
- Wij vergoeden de extra kinderopvang die nodig is vanwege de opname van één van de ouders.
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang door een kinderdagverblijf.
- Wij ontvangen een originele nota met daarop het KvK-nummer van het kinderdagverblijf.

2 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Restitutieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier;
- de door het CAK aangeleverde gegevens van een ambtshalve aangemelde verzekerde.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

U ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heeft u recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kunt u of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor uw eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft alleen recht op vergoeding van zorg als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met u afsluiten als het door u verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder u in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven.

Deze regel is niet van toepassing als:

- U een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- U een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank heeft overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- U van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

3 Vergoeding van zorg

Vergoeding

Om te bepalen of u recht heeft op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgaanbieder

Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgaanbieder die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
- zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg).

18.16 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als u beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heeft u recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvangt u 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

U heeft voor de vergoeding van kosten 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 of KNO-arts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.18 en 18.19. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien of een klinisch fysisch 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

Wij vergoeden uw 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 18.18 en 18.19 (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. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 82,- per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

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

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist. Wij vergoeden ook 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 (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)

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).

Wij vergoeden als u een vrouw bent tot uw 43ste 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. Wij vergoeden ook 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 uw 38ste 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 uw 38ste tot uw 43ste 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 uw 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- 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 uw 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als u 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

U heeft 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. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandeling van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden 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 uw 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.

Voor deze behandelingen heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen uw 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 u 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 kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden onder andere geen:

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

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBIGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Second Opinion

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

U heeft 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 kunt u vinden op wetten.overheid.nl/zoeken.