

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak	: EU/EER, Spanje, Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, Facial Feminization Surgery met voorhoofdsreconstructie (coronaire benadering), haartransplantatie en rhinoplastiek, man-naar-vrouw transitie, passabiliteitsprobleem
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 114 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 20 Vo. 883/2004, art. 150 Rv, Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap
Zaaknummer	: 202201804
Zittingsdatum	: 7 juni 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft op 14 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 februari 2023 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 14 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 maart 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023014769) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 april 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft in de periode van 22 mei 2023 tot en met 26 mei 2023 per brief nog verschillende aanvullende stukken aan de commissie gestuurd. Kopieën van deze aanvullende stukken zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 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.
- 2.6. Bij brief van 8 juni 2023 heeft verzoekster de commissie geïnformeerd dat zij 3D-foto's in de procedure wil brengen en heeft zij nadere stukken gestuurd. Bij brief van 13 juni 2023 heeft verzoekster de 3D-foto's aan de commissie gezonden. Kopieën van deze aanvullende stukken zijn op 14 juni 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 27 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 29 juni 2023 aan verzoekster gezonden. Bij brief van 1 juli 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd. Op 5 juli 2023 is een kopie van de reactie van verzoekster ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 5 juli 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 april 2023 aanpassing behoeft. Daarbij heeft de commissie aanvullende vragen gesteld. Bij brief van 31 juli 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitieve advies is op 31 juli 2023 aan partijen gestuurd waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen om hierop te reageren.

Op 7 augustus 2023 heeft verzoekster op het stuk gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 11 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Basis Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Goed en VGZ Aanvullend Tand Goed (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 19 januari 2022 heeft de behandelend plastisch chirurg bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor Facial Feminization Surgery met een voorhoofdsreconstructie (coronaire benadering), haartransplantatie en rhinoplastiek (hierna: FFS), uit te voeren in Marbella, Spanje. Bij brieven van 24 maart 2022 respectievelijk 15 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar is gevraagd om deze beslissing te heroverwegen. Bij brief van 8 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Eind januari 2023 is bij verzoekster de aangevraagde FFS uitgevoerd.
- 3.5. Bij brief van 11 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 31 juli 2023 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 kosten van de in Marbella, Spanje, uitgevoerde FFS te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster is trans-vrouw. Zij heeft toegelicht dat zij voorafgaand aan de FFS problemen ondervond met haar passabiliteit. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster verschillende verklaringen van vrienden, kennissen en (oud-)collega's overgelegd. Verzoekster vond met name haar wenkbrauwen erg geprononceerd. Daarnaast werd zij tijdens werkafspraken regelmatig aangezien voor een man.
- 4.3. Het is volgens verzoekster aan de behandelend arts om te beoordelen of sprake is van een passabiliteitsprobleem. De behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat dit bij verzoekster het geval was. Indien de ziektekostenverzekeraar meent dat bij verzoekster voorheen geen passabiliteitsprobleem bestond, dient hij dit standpunt voldoende te onderbouwen. Op de ziektekostenverzekeraar rust in dat geval een verzwaarde stelplicht. Weliswaar heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat volgens zijn medisch adviseur geen sprake was van een passabiliteitsprobleem, maar dit standpunt heeft hij onvoldoende onderbouwd.
- 4.4. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in strijd heeft gehandeld met de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap (hierna: Gedragscode). Uit artikel 2.1.18 van de Gedragscode vloeit namelijk voort dat de ziektekostenverzekeraar direct alle verweren te berde had moeten brengen. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar niet gedaan. Hij heeft in het kader van de afwijzing in eerste instantie uitsluitend te kennen gegeven dat verzoekster voor de behandeling een verwijzing nodig had. Verzoekster heeft hierop een verwijzing

overgelegd. Vervolgens werd de aanvraag alsnog afgewezen omdat de behandeling niet werd uitgevoerd door een multidisciplinair team. Nadat ook aan die voorwaarde was voldaan, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag beoordeeld en deze afgewezen, omdat volgens hem geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. De ziektekostenverzekeraar heeft deze voorwaarde in eerste instantie echter niet gemeld bij de afwijzing. Gelet op artikel 2.1.18 van de Gedragscode kan de ziektekostenverzekeraar in een later stadium niet alsnog een nieuw argument aanvoeren.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat zij aannemelijk heeft gemaakt dat sprake was van een passabiliteitsprobleem, voorafgaande aan de FFS. Het is aan de behandelend arts om te onderbouwen dat hiervan sprake was. Dit heeft hij gedaan in het overgelegde behandelplan. Daarnaast heeft verzoekster verschillende verklaringen overgelegd waaruit blijkt dat voorafgaand aan de FFS een passabiliteitsprobleem bestond én dat de FFS een positieve impact heeft gehad op haar leven. Verzoekster benadrukt dat zij veel medische informatie heeft overgelegd waaruit de noodzaak tot de FFS bleek. Ook bleek uit deze stukken dat sprake was van een multidisciplinair team.

De ziektekostenverzekeraar moet de aanvraag op een objectieve wijze beoordelen. De enige beoordelingskaders die hij hierbij heeft, zijn de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch- chirurgische aard' van de Vereniging voor artsen volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV- Werkwijzer) en het advies van het Zorginstituut van 2021. Beide documenten ondersteunen dezelfde principes. Op basis van deze beoordelingskaders zou de aanvraag moeten worden goedgekeurd.

De ziektekostenverzekeraar is hiervan op de hoogte. Daarom maken zijn medisch adviseurs gebruik van de uiterlijke kenmerkenlijst om te onderbouwen dat bij verzoekster geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. De uiterlijke kenmerkenlijst is evenwel verouderd en niet langer geldig. De verouderde lijst waar de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar naar verwijzen, kan niet gelden als basis voor de afwijzing van de aanvraag. Dit geldt temeer nu deze lijst in tegenspraak is met de VAV-Werkwijzer en de richtlijnen van het Zorginstituut.

Het bestaan van een passabiliteitsprobleem kan niet worden beoordeeld op basis van alleen foto's. Het is onmogelijk om uitsluitend op grond daarvan te beoordelen of een gezicht er mannelijk of vrouwelijk uitziet. Onderzoek wijst uit dat kinderen van drie maanden oud het verschil tussen een mannelijk en vrouwelijk gezicht kunnen zien. De samenleving beïnvloedt de perceptie van gender. Het is daarom lastig voor mensen zonder specifieke training om een juiste beoordeling te maken op basis van foto's. Culturele verschillen maken dit nog ingewikkelder. Verzoekster heeft toegelicht dat zij niet op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is geweest. De aanvraag werd in eerste instantie afgewezen. Daarna is de operatie uitgevoerd. Pas na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster uitgenodigd voor het spreekuur. Hoewel verzoekster het belang van deze bezoeken erkent, was het in haar geval niet zinvol om naar het spreekuur te gaan. De FFS was immers reeds uitgevoerd. 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.

- 4.6. Bij brief van 1 juli 2023 heeft verzoekster nog toegelicht dat is voldaan aan de eis van een multidisciplinaire samenwerking tussen het VUMC en het Facial Team in Spanje. Er zijn drie documenten die samen het toetsingskader vormen, namelijk de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch (hierna: kwaliteitsstandaard), de VAV-Werkwijzer en de WPATH Standards of Care (hierna: SoC). De aanvraag van verzoekster voldoet aan deze documenten. Transgenderzorg is per definitie multidisciplinair. Dit wordt ook benadrukt in de standaarden. De definitie die de ziektekostenverzekeraar gebruikt, is niet conform de geldende regels. Volgens verzoekster blijkt nergens uit dat de eis van een multidisciplinair team ook betekent dat er een officieel samenwerkingsverband zou moeten bestaan tussen de verschillende zorgverleners. Zowel het VUMC als het Facial Team handelt volgens de SoC en alle indicatiestellingen zijn gedaan conform nationale en internationale standaarden. Verzoekster heeft herhaald dat bij haar vóór de ingreep sprake was van een passabiliteitsprobleem. Zij voldoet daarmee aan de voorwaarden uit de VAV-Werkwijzer. Het behandelplan van de arts moet worden gebruikt om te toetsen of een passabiliteitsprobleem

bestaat. De nieuw aangeleverde foto's van de CT-scan kunnen worden gebruikt ter ondersteuning van het standpunt dat voorheen een passabiliteitsprobleem bestond.

Verzoekster heeft verder gesteld dat het enige relevante onderdeel van de uitspraak waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst is dat het toetsingskader voor het bestaan van een passabiliteitsprobleem erg subjectief is.

Verzoekster verwijst nogmaals naar het rapport met de motivering van de behandelend arts.

Hierin stelt de zorgverlener heel duidelijk dat het gezicht van verzoekster, voorafgaand aan de FFS, niet als vrouwelijk kon worden beschouwd en dat daardoor een passabiliteitsprobleem aanwezig was. Bij deze beoordeling zijn ook foto's gebruikt, inclusief de foto's die na de hoorzitting door verzoekster zijn overgelegd. Verder worden de delen van het gezicht die het meest bijdragen aan het passabiliteitsprobleem benoemd. De zorgverlener komt ook met een voorstel voor de uit te voeren ingrepen, namelijk een voorhoofdreconstructie en een rhinoplastiek. Dit alles is geheel conform de eisen van het Zorginstituut en de VAV-Werkwijzer

- 4.7. Bij brief van 7 augustus 2023 heeft verzoekster aangevoerd dat het bestaan van een passabiliteitsprobleem, volgens het laatste standpunt van het Zorginstituut rondom aangezichtschirurgie van 2021 en de VAV-Werkwijzer, moet worden ondersteund aan de hand van beeldmateriaal. Met dit standpunt van het Zorginstituut is een ambiguïteit ontstaan in de beoordeling van aangezichtschirurgie. Dit is overgenomen in de VAV-Werkwijzer. Hierdoor kan een verzekerde in de praktijk niet voldoen aan de eisen die het Zorginstituut in zijn laatste advies stelt.

Verzoekster bestrijdt dat de overgelegde foto's van de botstructuur en de door haar aangeleverde verklaringen niet kunnen worden gebruikt bij de beoordeling of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Foto's van de botstructuur worden gebruikt in het behandelplan.

Daarnaast blijkt uit het eerder genoemde standpunt van het Zorginstituut dat beeldmateriaal ondersteuning moet bieden om aan te tonen dat er een passabiliteitsprobleem aanwezig is. Volgens verzoekster voldoen niet alleen de foto's, maar ook de door haar overgelegde verklaringen aan de definitie van 'beeldmateriaal' en kunnen deze daarom worden gebruikt voor de beoordeling. De verklaringen geven, aldus verzoekster, "een helder beeld van de zaak", "een goed beeld van iets" en "fungeren als een overdrachtelijke aanduiding".

Het gaat er bij verminking, en meer specifiek een passabiliteitsprobleem, om hoe mensen in de omgang reageren op het gezicht van verzoekster. Een passabiliteitsprobleem wordt vertaald naar een schrikreactie van derden. Verzoekster heeft toegelicht dat het haar, voorafgaand aan de FFS, opviel dat mensen op straat of op andere publieke plekken vreemd naar haar keken, met groter wordende ogen, meestal gevolgd door een soort uiting van walging, die vaak ook verbaal werd. Mensen reageerden niet respectvol naar haar toe. Dit blijkt ook uit de overgelegde verklaringen. Verzoekster vraagt zich af hoe een medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar toetst of een schrikreactie ontstaat bij derden. Omdat er geen kwantificeerbare eis aanwezig is in het huidige toetsingskader, behalve de schrikreactie van derden, is het onmogelijk voor de ziektekostenverzekeraar om de aanwezigheid hiervan aan te tonen met uitsluitend foto's. Het bestaan van een passabiliteitsprobleem kan wel worden aangetoond door middel van ander (aanvullend) beeldmateriaal, zoals door verzoekster ook is aangeleverd in de vorm van de verschillende verklaringen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar uitgevoerde FFS. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat bij verzoekster destijds geen passabiliteitsprobleem bestond. De aanvraag, met daarbij de foto's van verzoekster, zijn aan vijf verschillende medisch adviseurs voorgelegd. Deze medisch adviseurs zijn allemaal tot dezelfde conclusie gekomen, namelijk dat geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. Bij deze beoordeling is door de medisch adviseurs weliswaar gebruik gemaakt van de uiterlijke kenmerkenlijst als leidraad, maar niet als uiteindelijk beslismodel.
- 5.2. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het feit dat de behandelend plastisch chirurg spreekt van een passabiliteitsprobleem, niet betekent dat automatisch recht bestaat op

vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering. Het komt regelmatig voor dat een behandelend arts stelt dat een verzekerde een indicatie heeft voor een bepaalde behandeling en dat de ziektekostenverzekeraar oordeelt dat de kosten hiervan toch niet kunnen worden vergoed. Dit heeft vaak te maken met een verschil van interpretatie van de voorwaarden of regelgeving.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat één aanvraag is ingediend, en dat deze is afgewezen op twee verschillende gronden, namelijk omdat geen sprake was van een multidisciplinaire samenwerking met een coördinerend behandelaar tussen het VUMC en het Facial Team in Spanje én omdat bij verzoekster geen passabiliteitsprobleem bestond. Het feit dat nog een tweede afwijsground wordt genoemd, maakt niet dat de eerste daardoor is komen te vervallen. Uit artikel 14 van de VAV-Werkwijzer blijkt dat sprake moet zijn van een multidisciplinaire samenwerking met een coördinerend behandelaar. Verzoekster heeft hierover meerdere malen aanvullende informatie toegestuurd, maar met deze aanvullende informatie werd het bestaan van een multidisciplinaire samenwerking niet onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts toegelicht dat sprake is van een passabiliteitsprobleem als een transvrouw niet wordt herkend als vrouw vanwege het nog aanwezige mannelijke gezicht. Andere mensen hebben, als gevolg daarvan, in het voorbijgaan een schrikreactie, of reageren verbaasd of respectloos. Volgens het Zorginstituut kan de passabiliteit niet worden beoordeeld op basis van alleen foto's. De uiterlijke kenmerkenlijst is niet langer in gebruik en er bestaat geen alternatief voor een objectieve beoordeling van het passabiliteitsprobleem. Foto's spelen hierbij een belangrijke rol. De aanvraag met foto's is ter beoordeling aan verschillende medisch adviseurs voorgelegd en die hebben geconcludeerd dat bij verzoekster geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. De volgende stap zou zijn om haar uit te nodigen op het spreekuur bij de medisch adviseur. Deze mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar echter niet gekregen, omdat de FFS intussen al was uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar kan de aanvraag daarom alleen beoordelen op basis van de beschikbare informatie. Overigens bevestigt het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie dat bij verzoekster voorheen geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. De ziektekostenverzekeraar heeft alles gedaan om grondig te werk te gaan. Er moet toestemming zijn van de ziektekostenverzekeraar om een ingreep te ondergaan. Verzoekster heeft deze toestemming niet afgewacht. Zij heeft hiermee bewust het risico genomen dat de kosten van de FFS voor haar rekening zouden blijven. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat een duidelijk verschil bestaat tussen de vraag of iemand aan de medisch inhoudelijke criteria voor een FFS voldoet en die of deze operatie ook moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Er wordt niet getwijfeld aan de medische indicatie van verzoekster. Deze wordt zelfs als uitgangspunt genomen. Het is echter aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de kosten van de FFS ook kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, op grond van de voorwaarden van die verzekering en de hierop van toepassing zijnde wet- en regelgeving. 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.
- 5.4. Bij brief van 27 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling hierop, nog aangevoerd dat het Zorginstituut, door aan te sluiten bij het begrip verminking, er blijk van geeft dat ook plastische (aangezichts)chirurgie bij transgenders slechts in een beperkt aantal gevallen voor vergoeding in aanmerking komt. Daarbij speelt de definitie van het passabiliteitsprobleem een belangrijke rol. Enkel als hiervan sprake is komt plastische (aangezichts)chirurgie voor vergoeding in aanmerking. De rechtbank Midden-Nederland overweegt in een uitspraak dat op grond van de huidige wet- en regelgeving de lat hoog ligt voor vergoeding van dergelijke plastische (aangezichts)chirurgie voor transgenders. De nagezonden foto's betreffen CT-scans/3D-foto's waarop enkel de botstructuur waarneembaar is. Het kan volgens de afdeling medisch advies zo zijn dat er een verschil waarneembaar is tussen bijvoorbeeld de mannelijke en vrouwelijke kaak. In het algemeen is de botstructuur van het aangezicht van een man verschillend ten opzichte van die van een vrouw. Dit betekent echter niet automatisch dat bij een verschil in botstructuur aan het criterium verminking of passabiliteitsprobleem wordt voldaan. Het bestaan van een verschil tussen de mannelijke

en vrouwelijke botstructuur vormt geen onderdeel van de beoordeling ten aanzien van de verzekeringsindicatie voor een FFS met voorhoofdreconstructie. De beoordeling spitst zich toe op de vraag of voldoende aannemelijk is gemaakt dat bij verzoekster sprake was van een passabiliteitsprobleem.

De beoordeling van het passabiliteitsprobleem heeft in het geval van verzoekster, conform het advies van het Zorginstituut, aan de hand van foto's of video's en de aanvraag van de behandelend arts plaatsgevonden. De beoordeling is gebaseerd op de adviezen en afspraken zoals die in de VAV-Werkwijzer zijn weergegeven. Deze werkwijze past bij de beoordelingswijze zoals die in recente zaken van de commissie door de medisch adviseurs van het Zorginstituut wordt gehanteerd.

De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat de afwijzing van de aanvraag daarnaast wordt gehandhaafd, omdat niet conform artikel 14 van de VAV-Werkwijzer is komen vast te staan dat sprake is van een multidisciplinaire samenwerking tussen het VUMC en het Facial Team te Spanje.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 11 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

Beoordeling

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 de behandelaar bevat een beperkte argumentatie voor het bestaan van een passabiliteitsprobleem. Volgens de behandelaar dragen de frontal bossing, M-vormigehaarlijn en de grove neus het meest hieraan bij. De geadviseerde behandeling betreft FFS met voorhoofdsreconstructie (coronaire benadering), haartransplantatie en rhinoplastiek.

Het dossier bevat een e-mail van 25 maart 2022 met als bijlage zes pasfoto's waarbij 'untouch' en 'retouch' is vermeld. Het Zorginstituut leidt hieruit af dat 'untouch' de foto's zijn van hoe het gezicht er voor de beoogde behandeling uitziet, en 'retouch' de fotocompositie van hoe het gezicht er na de beoogde behandeling zou uitzien. De twee foto's met nummer één zijn in vooraanzicht genomen, met nummer twee in zijaanzicht en met nummer drie in schuin zijaanzicht. Op de drie 'untouch' foto's lijken de wenkbrauwen enigszins te prominieren ten opzichte van de drie 'retouch' foto's.

Het dossier bevat voorts een e-mail van 21 februari 2023 met als bijlage acht beeldschermfoto's van het gezicht van verzoekster, waarbij twee in vooraanzicht, twee in zijaanzicht, twee in links schuin zijaanzicht en twee in rechts schuin zijaanzicht zijn genomen. Waarschijnlijk zijn de linkerfoto's telkens van voor de beoogde behandeling en de rechterfoto's afbeeldingen van hoe het gezicht er na de (beoogde) behandeling zou uitzien / uitziet. Ook op deze linkerfoto's prominieren de wenkbrauwen enigszins ten opzichte van de rechterfoto's.

Voor alle foto's geldt dat haarlijn en neus voldoende vrouwelijk ogen, evenals het gezicht in zijn geheel. Het dossier bevat geen verdere argumentatie van het genderteam of de behandelend arts in Spanje, 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 heeft daarom geen (verzekerings)indicatie voor een FFS met een voorhoofdsreconstructie (coronaire benadering), haartransplantatie en rhinoplastiek.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een FFS met een voorhoofdsreconstructie (coronaire benadering), haartransplantatie en rhinoplastiek en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van een FFS met voornoemde ingrepen ten laste van de basisverzekering.'

- 6.2. In het definitief advies van 31 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

'Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

U vraagt het Zorginstituut een reactie te geven op de 3D-foto's en de verklaringen die door verzoekster zijn overgelegd. Verder vraagt u het Zorginstituut wat moet worden verstaan onder een 'schrikreactie' zoals destijds is geformuleerd door het CVZ. U stelt daarbij de vraag of hiervan sprake is bij verzoekster, gelet op de aanvullende informatie en de overgelegde verklaringen.

In het voorlopig advies is uitgelegd wat het beoordelingskader is om vast te stellen of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Het Zorginstituut heeft de aanvraag - conform het in de VAV werkwijzer uitgewerkte beoordelingskader - beoordeeld aan de hand van de beschikbare foto's van verzoekster en de informatie van de behandelend arts. Aan de hand van de overgelegde 3D- foto's waarop de botstructuur van verzoekster zichtbaar is, kan niet worden beoordeeld of sprake is van mannelijke kenmerken in het gelaat en dus of sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Daarnaast is botbeoordeling geen criterium in de VAV werkwijzer voor beoordeling van een passabiliteitsprobleem. Verklaringen van derden, zoals de overgelegde verklaringen, maken eveneens geen onderdeel uit van het toetsingskader zoals die in de VAV-werkwijzer is neergelegd. De aanvullende informatie geeft daarom geen aanleiding voor een herbeoordeling.

In aanvulling op het voorlopig advies merkt het Zorginstituut nog op dat in het voorlopig advies abusievelijk in voetnoot 3 is verwezen naar een oude versie van de VAV-werkwijzer. In het voorlopig advies is wel gebruik gemaakt van de geldende versie waardoor het advies verder geen aanpassing behoeft.

Zoals in het voorlopig advies naar voren komt staat in het standpunt van het CVZ (nu het Zorginstituut) uit 2010 dat sprake is van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transgender vanwege het (nog altijd) aanwezig mannelijk gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Voor de beoordeling van de vraag of sprake is van een verzekeringsindicatie voor aangezichtschirurgie bij man-vrouw transgenders moet worden vastgesteld of sprake is van een passabiliteitsprobleem. De beoordeling hiervan vindt plaats conform de wijze die is vastgelegd in de VAV werkwijzer.

In de aanvullende stukken komt naar voren dat verweerder de aanvraag ook (nog steeds) afwijst omdat de behandeling niet zou zijn geïndiceerd en uitgevoerd door een multidisciplinair team met een regiebehandelaar. Het Zorginstituut merkt over deze afwijsggrond op dat het niet tot de adviestaak van het Zorginstituut behoort om hier een oordeel over te geven. Het Zorginstituut beantwoordt in zijn advies twee vragen, namelijk of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en of de verzekerde op deze zorg is aangewezen. De kwaliteit van zorg vormt geen onderdeel van de afweging of een verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.'

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 10 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 geneeskundige zorg en plastische chirurgie alsmede die uit Verordening (EG) nr. 883/2004 en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv), 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Spanje, gegaan om daar een behandeling te ondergaan. In die situatie is sprake van planbare zorg, en hierop ziet artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, en (ii) de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat de verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de zorgverzekeraar.
In het onderhavige geval heeft verzoekster weliswaar om voorafgaande toestemming gevraagd, maar zij heeft deze niet gekregen, omdat volgens de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster geen sprake was van een passabiliteitsprobleem en de behandeling daarnaast niet werd uitgevoerd door een multidisciplinair team onder een regiebehandelaar. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van de aanspraak op verzekerde zorg en andere diensten is beoogd, en zal tegen die achtergrond beoordelen of verzoekster de gevraagde toestemming terecht werd onthouden.
- 8.3. Verzoekster wil graag dat de uitgevoerde FFS wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De commissie is zich zeer bewust van de situatie waarin verzoekster verkeerde voorafgaand aan de FFS en de stelling van verzoekster dat zij veel baat heeft gehad bij de ingreep. Verzoekster heeft dit aan de hand van haar verklaring ter zitting en door haar overgelegde verklaringen van personen in haar omgeving aan de commissie duidelijk gemaakt. De commissie dient echter te beoordelen of verzoekster voorafgaand aan de FFS voldeed aan de zeer strenge voorwaarden die in dit verband van toepassing zijn. Dit laat onverlet dat de commissie zeer goed begrijpt dat bij verzoekster een sterke wens leefde voor de FFS.
- 8.4. De commissie zal hierna eerst ingaan op de vraag of bij verzoekster, voorafgaand aan de FFS in Spanje, een verzekeringsindicatie bestond.
Het betreft hier een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een verzekeringsindicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in de VAV-Werkwijzer. Deze werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan. Tussen partijen staat vast dat bij verzoekster ten tijde van de aanvraag geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig was. Wat hen verdeeld houdt, is of bij haar destijds sprake was van verminking.

- 8.5. 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 en niet respectvol reageren."* In die situatie kunnen de mannelijke gelaatstreken van betrokkene als verminking worden aangemerkt. De commissie merkt op dat dit een zeer strikt criterium is waaraan niet snel wordt voldaan.
- 8.6. 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 het advies van 11 april 2023 toegelicht dat aan de ingevulde uiterlijke kenmerkenlijst geen betekenis (meer) kan worden toegekend, aangezien deze in de praktijk niet meer toepasbaar (valide) is gebleken. In afwachting van een nieuw beoordelingskader is het aan de behandelaar om in de aanvraag, ondersteund met beeldmateriaal, het bestaan van een passabiliteitsprobleem te onderbouwen. Bij voorkeur wordt in de aanvraag duidelijk omschreven waarom in de desbetreffende casus sprake is van een passabiliteitsprobleem, wat het probleem veroorzaakt en op welke manier de aangevraagde ingreep of ingrepen zullen leiden tot verbetering van het passabiliteitsprobleem. Op basis van de overgelegde foto's en de ingediende aanvraag concludeert het Zorginstituut in het voorlopige advies van 11 april 2023 dat bij verzoekster het bestaan van een passabiliteitsprobleem, en daarmee van de verzekeringsindicatie verminking, niet is komen vast te staan. Het Zorginstituut stelt daarnaast vast dat ook niet kan worden gesproken van verminking anderszins en adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. In zijn definitieve advies aan de commissie van 31 juli 2023 heeft het Zorginstituut toegelicht dat de beoordeling van het passabiliteitsprobleem plaatsvindt conform de wijze die is vastgesteld in de VAV-Werkwijzer. Het Zorginstituut heeft de aanvraag conform de VAV-Werkwijzer beoordeeld aan de hand van de beschikbare foto's en de informatie van de behandelend arts. Hierbij is aangetekend dat aan de overgelegde 3D-foto's, waarop de botstructuur van verzoekster zichtbaar is, geen betekenis kan worden toegekend omdat op basis hiervan niet kan worden beoordeeld of sprake is van mannelijke kenmerken in het gelaat, en daarmee van een passabiliteitsprobleem. Daarnaast is botbeoordeling geen criterium in de VAV-Werkwijzer voor beoordeling van een passabiliteitsprobleem. Anders dan verzoekster heeft betoogd, maken volgens het Zorginstituut verklaringen van derden evenmin deel uit van het toetsingskader, zoals dit in de VAV- Werkwijzer is neergelegd.
- 8.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat het aan de behandelend arts is om te beoordelen of een passabiliteitsprobleem bestaat en dat op de zorgverzekeraar, in geval van afwijzing, een verzwaarde stelplicht rust. Zoals ook blijkt uit het advies van het Zorginstituut is dit niet correct. Het bestaan en de ernst van het passabiliteitsprobleem dienen juist door de behandelaar te worden onderbouwd, waarna het aan de zorgverzekeraar is om dit - indien daartoe aanleiding is - te betwisten. Daarnaast vloeit uit de in artikel 150 Rv neergelegde - ook in deze procedure - toepasselijke regel van bewijslastverdeling voort dat een verzekerde die aanspraak maakt op verstrekking of vergoeding van verzekerde zorg of een andere dienst ten laste van de zorgverzekering, moet aantonen dat aan de toepasselijke voorwaarden wordt voldaan. Voor de voorwaarde dat een behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk heeft de Hoge Raad dit bevestigd in een arrest (ECLI:NL:HR:2018:469). Het is in dit geval dus aan verzoekster te stellen en te onderbouwen dat sprake is van verminking als bedoeld in artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering, meer specifiek een passabiliteitsprobleem. De commissie overweegt dat verzoekster er niet in is geslaagd te stellen en de onderbouwen dat bij haar vóór de uitgevoerde FFS sprake was van een passabiliteitsprobleem, dit gelet op (i) de beperkte argumentatie in de aanvraag die door de behandelaar van verzoekster is opgesteld, (ii) de overgelegde foto's, en (iii) de betekenis die het Zorginstituut hieraan heeft toegekend. Dit wordt niet anders door de door verzoekster

overgelegde verklaringen van niet-behandelaren. Deze verklaringen geven een persoonlijk beeld van nare situaties die verzoekster heeft meegemaakt en haar positieve ervaringen in verband met de inmiddels ondergane FFS. Deze verklaringen zijn, zoals ook het Zorginstituut overweegt en welke overweging de commissie tot de hare maakt, echter geen onderdeel van het beoordelingskader dat wordt gebruikt bij de beoordeling of sprake is van vermindering, meer specifiek een passabiliteitsprobleem.

De commissie ziet daarom geen reden om af te wijken van het advies van het Zorginstituut. Omdat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op de ingreep, wordt aan de beantwoording van de vraag of de behandeling al dan niet is uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een regiebehandelaar niet toegekomen.

- 8.8. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in strijd met de Gedragscode, omdat hij niet direct alle verweren te berde heeft gebracht. De commissie overweegt dat de aanvraag in eerste instantie werd afgewezen omdat de behandeling niet zou plaatsvinden door een multidisciplinair team. Hierop heeft verzoekster aanvullende informatie aangeleverd waaruit volgens haar zou blijken dat hiervan wél sprake was. Bij heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen omdat bij verzoekster (ook) geen passabiliteitsprobleem bestond. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar de eerdere afwijsggrond dat geen sprake was van behandeling door een multidisciplinair team gehandhaafd. De commissie overweegt dat uit de Gedragscode niet voortvloeit dat een zorgverzekeraar is gehouden in het kader van een afwijzing alle mogelijke afwijsggronden te vermelden. In dit geval zal een inhoudelijke beoordeling van de aanvraag aanvankelijk achterwege zijn gebleven omdat werd betwijfeld of de behandeling plaatsvond door een multidisciplinair team. Hierbij zij nog opgemerkt dat de wetgever in artikel 114 Zvw de heroverweging door de zorgverzekeraar verplicht heeft gesteld. In het kader van een zodanige heroverweging kunnen andere afwijsggronden dan de oorspronkelijke naar voren worden gebracht. De Gedragscode staat hieraan niet in de weg.
- 8.9. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster niet redelijkerwijs op de FFS was aangewezen, en dat zij hierop geen aanspraak heeft op grond van de zorgverzekering. Dit betekent tevens dat de toestemming op basis van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 haar terecht werd onthouden.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 september 2023,

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

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 agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige 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.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Artikel 20. Audiologische zorg

Audiologische zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat zorg in verband met:

- Onderzoek naar de gehoorfunctie
- Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur
- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden, als 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. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - Afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst) en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

Dit is niet verzekerd:

- a. Behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

De zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. Het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. De in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. Het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;

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 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 gehemertespleten, 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.

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.