

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, aangezichts chirurgie, neuscorrectie, transitie man-naar-vrouw, verminking, passabiliteit
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202200629
Zittingsdatum : 11 januari 2023

1. Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 11 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 11 mei 2022 heeft de commissie verzoekster gevraagd of het geschil alleen de aangezichtscorrectie betreft of ook de aangevraagde neuscorrectie. Op 29 juli 2022 heeft de commissie verzoekster meegedeeld dat hierop nog geen antwoord was ontvangen. Bij brief van 26 augustus 2022 heeft de commissie nogmaals erop gewezen dat het ingediende verzoek op dit punt niet duidelijk is. Hierbij is vermeld dat zonder tegenbericht de commissie ervan uitgaat dat alleen de aangezichtscorrectie in geschil is. De commissie heeft vervolgens geen bericht van verzoekster ontvangen. Op 6 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 29 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 2 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022040041) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Verzoekster heeft ter zitting verwezen naar diverse jurisprudentie. Daarom is ter zitting afgesproken dat zij de commissie na de hoorzitting een overzicht zou sturen van de betreffende jurisprudentie en dat de ziektekostenverzekeraar hierop schriftelijk mocht reageren. Verzoekster heeft dit dezelfde dag gedaan. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 januari 2023 gereageerd op voornoemde jurisprudentie. Een kopie van deze reactie is op 3 februari 2023 ter informatie aan verzoekster gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de aanvullende stukken zijn op 3 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 2 november 2022 aanpassing behoeft. De commissie heeft hierbij opgemerkt dat verzoekster ter zitting heeft meegedeeld dat ook de aangevraagde neuscorrectie deel uitmaakt van het geschil, en heeft het Zorginstituut gevraagd hierop in het definitief advies in te gaan. Bij brief van 15 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie het definitief uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 februari 2023 aan partijen gezonden, waarbij zij de gelegenheid hebben gekregen schriftelijk te reageren op het definitief advies. Verzoekster heeft bij brief van 27 februari 2023

gereageerd op voornoemd advies. Een kopie hiervan is op 16 maart 2023 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is in behandeling bij het Genderteam van het VUmc voor man-naar-vrouw transseksualiteit. Zij heeft de real life experience doorlopen en leeft al enige tijd als vrouw. Verzoekster wil een aangezichtscorrectie ondergaan, omdat zij passabiliteitsproblemen ervaart.
- 3.3. De behandelend MKA-chirurg heeft op 5 mei 2021 ten behoeve van verzoekster aanvragen ingediend voor een osteotomie onderscheidenlijk een neuscorrectie. In de begeleidende brief, gedateerd op 30 september 2022, licht de behandelend arts de aanvragen als volgt toe:

"Patiënte is sinds 2017 bekend bij het genderteam in het Amsterdam UMC - VUmc in verband met man-naar-vrouw gender dysforie en heeft de Real Life Event succesvol doorlopen. Zij leeft nu al enige tijd als vrouw. Desondanks is mevrouw erg onzeker over de nog aanwezige mannelijke trekken in het gelaat. Hierdoor is patiënte regelmatig slachtoffer van discriminatie en verbaal geweld, waardoor klachten van angst en depressiviteit en beperking in haar dagelijks functioneren.

Derhalve is faciale feminisatie belangrijk in het kader van de passabiliteit en hierin het psychosociale en economisch functioneren als vrouw voor [verzoekster], hetgeen los staat van de geslachtsaanpassende operatie die zij nog zal ondergaan.

Bij onderzoek vallen de volgende mannelijke kenmerken op:

Er is sprake van een mannelijke "frontal bossing" met geprononceerde wenkbrauwrichels en mannelijke haarlijn. Er is sprake van een vlakke mandibulaire lijn, waardoor de kaaklijn een hoekig aspect heeft. De neus is grof met een mannelijk voorkomen.

Voor feminisatie van het gelaat is het volgende behandelplan voorgesteld, welke gefaseerd kan worden uitgevoerd:

1. voorhoofdsplastiek via bicoronale, pretrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. wenkbrauwlift, (238024, 2x 239014, 2x 231539)
2. kin-/kaaklijn correctie (238020, 2x 238026)
3. rhinoplastiek (2x 232060, 2x 232062, 232064)

Het bovengenoemde behandelplan werd met patiënte besproken alsmede de mogelijke risico's en complicaties. Patiënte heeft deze uitleg begrepen en gaat akkoord met het voorgestelde behandelplan."

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft beide aanvragen afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 20 juni 2021 en 2 december 2021 om heroverweging van deze beslissingen gevraagd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster, naar aanleiding van het verzoek om heroverweging van 2 december 2021, opgeroepen op het spreekuur van zijn medisch adviseur. In het spreekuurverslag heeft de medisch adviseur het volgende over verzoekster verklaard:

"Zware stem. Staand: lengte 1.84m, lang sluike haar wat over het voorhoofd valt, geen opvallende wenkbrauwbogen en dunne wenkbrauwvoren. Wel van opzij vrij spitse neus, dun maar wel rechthoekig, kin slank en smal met enige beharing (over enkele dagen epilatie door haartherapeut). Vrij fors postuur."

Bij twee separate brieven, beide gedateerd op 21 januari 2022, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissingen handhaaft.

- 3.7. Bij brief van 2 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 15 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.
4. **Standpunt verzoekster**
 - 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij aanspraak heeft op de aangevraagde aangezichtschirurgie.
 - 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij veel problemen ervaart met haar passabiliteit. Niet alleen wordt zij aangesproken en behandeld als man, maar als zij mensen hierop aanspreekt, wordt er vies en met afgrijzen naar haar gekeken. Ook wordt zij op straat nagekeken. Daarnaast ervaart zij problemen bij het vinden van een stageplaats. Zij wordt op straat zelfs uitgescholden door onbekenden. Dit alles heeft tot gevolg dat verzoekster liever binnen blijft, mede voor haar eigen veiligheid.
Verzoekster ervaart haar passabiliteitsprobleem, dat is vastgesteld door de behandelaren van het genderteam van het VUmc, als zodanig ernstig dat dit is aan te merken als een verminking.
 - 4.3. Ter zitting heeft verzoekster, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, verklaard dat de aanvraag voor de neuscorrectie ook onder het geschil valt.
Verder heeft zij nog benadrukt dat het passabiliteitsprobleem bij haar is vastgesteld. Dit is aan te merken als verminking, omdat zij hierdoor niet als vrouw wordt herkend. Zij ondervindt hierdoor in het dagelijks leven problemen en zij heeft het hier moeilijk mee.
Verzoekster heeft verwezen naar diverse jurisprudentie waarin staat dat het primaat bij de behandelend arts ligt. De ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut mogen hier niet zomaar aan voorbij gaan. Zij merkt op dat weliswaar kan worden overgegaan tot afwijzing, maar dan moet de verzekeraar wel de arts in de gelegenheid stellen aanvullende informatie aan te leveren. De verzekeraar mag daarna afwijzen, maar wel op voorwaarde dat dit goed gemotiveerd is en toegespitst op de individuele situatie van betrokkene. Verzoekster is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing niet objectief en transparant heeft gemotiveerd.
 - 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
 - 4.5. Verzoekster heeft bij brief van 11 januari 2023 aan de commissie het overzicht gezonden van de jurisprudentie waarnaar zij ter zitting heeft verwezen. Deze jurisprudentie betreft het primaat van de behandelend arts, en de verplichting van een objectieve en transparante motivering van een afwijzende beslissing. Verder merkt verzoekster op dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn beoordeling de 'uiterlijke kenmerkenlijst' heeft gebruikt. Zij wijst daarom op het volgende standpunt van het Zorginstituut: *"In 2021 heeft het Zorginstituut signalen ontvangen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de uiterlijke kenmerkenlijst niet meer gebruiken. Zij zeggen dat de lijst in de praktijk niet goed toepasbaar is. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de VAV Werkgroep plastische chirurgie werken nu samen met het Zorginstituut aan een aanpassing van het beoordelingskader."*
 - 4.6. Verzoekster heeft bij brief van 27 februari 2023 gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Zij wenst dat ook de neuscorrectie in het advies wordt betrokken. Verder benadrukt zij dat zij een indicatie heeft voor de aangevraagde behandelingen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een aanzichtscorrectie. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem als gevolg van een mannelijk gelaat. Dit is door vier van de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar afzonderlijk van elkaar geconcludeerd.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat na ontvangst van de aanvraag vier medisch adviseurs, apart van elkaar, de aanvraag hebben beoordeeld. Alle vier de medisch adviseurs hebben geconcludeerd dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Nadat verzoekster een klacht had ingediend, is geen aanvullende informatie opgevraagd bij de behandelend arts, maar is verzoekster uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur. Dit is de hoogste graad van zorgvuldigheid. Tijdens het spreekuur is alles betreffende een passabiliteitsprobleem beoordeeld. Er is gekeken naar het totaalplaatje, dus bijvoorbeeld naar de haardacht, het voorkomen, en fysieke kenmerken. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat de aanvraag van de MKA-chirurg te beperkte informatie bevat over het passabiliteitsprobleem. Op grond van de informatie van de chirurg en de bevindingen van het spreekuur is geconcludeerd dat er geen passabiliteitsprobleem is. Dus er is geen sprake van verminking.
Er kan van de ziektekostenverzekeraar niet worden verwacht dat bij iedere aanvraag contact wordt opgenomen met de behandelend arts. Het is aan de arts om te motiveren dat sprake is van een passabiliteitsprobleem.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 januari 2023 gereageerd op de brief van verzoekster van 11 januari 2023. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat uit de parlementaire geschiedenis blijkt dat de wetgever aan de zorgverzekeraar een 'centrale rol' heeft willen toekennen. Het klopt dat het primaat van de indicatie bij de behandelend arts ligt. Een zorgverzekeraar mag niet zelf een (alternatieve) medische indicatie stellen. Dit betekent echter niet dat als door de behandelend arts een medische indicatie is gesteld, zonder meer ook een verzekeringsindicatie bestaat. Dat de behandelend arts het primaat heeft, laat onverlet dat de zorgverzekeraar zelf moet toetsen aan de verzekeringsvoorwaarden.
Verder mag van een zorgaanbieder worden verwacht dat hij bekend is met de toepasselijke richtlijnen en van hetgeen in het kader van een machtigingsaanvraag aan informatie moet worden verstrekt. Alleen als gereden twijfel bestaat over de vraag of wordt voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden heeft het meerwaarde contact op te nemen met de behandelaar of betrokkene.
Ten aanzien van de objectieve en transparante motivering van de afwijzing merkt de ziektekostenverzekeraar op dat beide afwijzende beslissingen de voorwaarden vermelden waaraan moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor vergoeding. Ook is vermeld dat op basis van de ontvangen informatie niet kan worden vastgesteld dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden, maar dat er een mogelijkheid is om aanvullende informatie over te leggen. Daarnaast is op 11 augustus 2021, nadat verzoekster een klacht had ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, telefonisch aan de moeder van verzoekster uitgelegd dat vier medisch adviseur onafhankelijk van elkaar de aanvraag hadden beoordeeld.
Ten aanzien van de gebruikte 'uiterlijke kenmerkenlijst' merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze bij de beoordeling ter achtergrond wordt gebruikt, en dat deze niet van doorslaggevende aard is.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 2 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

In 2010 heeft het CVZ (nu Zorginstituut Nederland) onderstaand standpunt ingenomen over aangezichtschirurgie bij man-vrouw transgenders: Aangezichtschirurgie bij man-vrouw transgenders behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw, indien bij de man-vrouw transgender sprake is van een passabiliteitsprobleem. Dit betekent dat een transgender persoon niet als het ervaren gender wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren.

Als sprake is van een passabiliteitsprobleem, dan is er in principe een verzekeringsindicatie voor aangezichtschirurgie van de uiterlijke kenmerken die het meest aan het passabiliteitsprobleem bijdragen en die tot passabiliteitsverbetering zal leiden.

(...)

In de praktijk betekent dit voor aangezichtschirurgie dat op de volgende wijze moet worden vastgesteld of er sprake is van een passabiliteitsprobleem, namelijk aan de hand van:

- foto's en/of video's (van goede kwaliteit). Daarin dient de verzekerde zich te presenteren in de geslachtrol die de verzekerde wil vervullen. Op deze manier wordt het gehele voorkomen van de verzekerde meegenomen bij de beoordeling van het passabiliteitsprobleem.
- Een aanvraag van de behandelend arts. Daarin moet duidelijk worden omschreven waarom er sprake is van een passabiliteitsprobleem bij de verzekerde (1), welk uiterlijk kenmerk het meeste aan dit passabiliteitsprobleem bijdraagt (2), en op welke manier de voorgenomen ingreep of ingrepen van invloed zijn op het passabiliteitsprobleem (3).

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De aanvraag van behandelaar bevat beperkte argumentatie voor het bestaan van een passabiliteitsprobleem. Volgens behandelaar dragen de frontal bossing met geprononceerde wenkbrauwrichels en mannelijke haarlijn, alsmede de hoekige kaaklijn het meeste hieraan bij. Hij geeft aan dit te kunnen behandelen met een voorhoofdsplastiek met haarlijncorrectie en wenkbrauwlift en een kin-/kaaklijncorrectie.

Het dossier bevat aangezichtsfoto's, twee sagittale en twee zijwaartse gezichtsfoto's. Aan de hand van de beschikbare foto's is te zien dat de haargrens van verzoekster ietwat hooggelegen is. Frontal bossing en geprononceerde wenkbrauw richel zijn minimaal. Voorts wordt een rond gezicht, zonder hoekige onderkaaklijn, gezien dat vrouwelijk oogt. Een argumentatie van het genderteam, waarom toch sprake zou zijn van een passabiliteitsprobleem, wordt niet in het dossier aangetroffen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een aangezichtscorrectie."

- 6.2. In het definitief advies van 15 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

In dit advies heeft het Zorginstituut ook beoordeeld of verzoekster aanspraak kan maken op een rinoplastiek ten laste van de basisverzekering.

(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De aanvraag van behandelaar bevat beperkte argumentatie voor het bestaan van een passabiliteitsprobleem. Volgens behandelaar dragen de frontal bossing met geprononceerde

wenkbrauwrichels en mannelijke haarlijn, de hoekige kaaklijn en de grove mannelijk ogende neus het meeste hieraan bij. Hij geeft aan dit te kunnen behandelen met een voorhoofdsplastiek met haarlijncorrectie en wenkbrauwlift en een kin-/kaaklijncorrectie, en met een rinoplastiek. Het dossier bevat twee sagittale en twee zijwaartse aangezichtsfoto's. Aan de hand van de beschikbare foto's is te zien dat de haargrens van verzoekster ietwat hooggelegen is. Frontal bossing en geprononceerde wenkbrauw richel zijn minimaal. Voorts wordt een rond gezicht, zonder hoekige onderkaaklijn, gezien dat vrouwelijk oogt. De neus is in zijaanzicht slank en oogt vrouwelijk. In vooraanzicht is de neus grover, maar oogt niet extreem mannelijk. Een argumentatie van het genderteam, waarom toch sprake zou zijn van een passabiliteitsprobleem, wordt niet in het dossier aangetroffen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een aangezichtscorrectie en rinoplastiek.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een aangezichtscorrectie en rinoplastiek."

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 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 plastische chirurgie 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. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over de het antwoord op de vraag of verzoekster aanspraak heeft op de aangevraagde aangezichtschirurgie.

Zorgverzekering

- 8.3. De zorgverzekering biedt bij een vastgestelde transseksualiteit aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard - zoals aangezichtschirurgie - als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking
- 8.4. In het kader van de transitie van man naar vrouw, zoals bij verzoekster aan de orde is, bestaat aanspraak op aangezichtschirurgie als een passabiliteitsprobleem bestaat. Dit is het geval indien een transgender persoon niet als het door haar ervaren gender wordt herkend. Hierdoor kunnen andere mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. In zo'n situatie kunnen de mannelijke gelaatstrekken van betrokkene als verminking worden aangemerkt.
- 8.5. Verzoekster en haar behandelend arts zijn van mening dat bij haar sprake is van mannelijke trekken in het gelaat, waardoor zij een passabiliteitsprobleem ervaart. De ziektekostenverzekeraar

en zijn medisch adviseurs zijn daarentegen van mening dat geen sprake is van een "extreem mannelijk" gelaat en dat bij verzoekster dus geen passabiliteitsprobleem aanwezig is.

Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 2 november 2022 toegelicht dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet is aangetoond dat bij verzoekster een passabiliteitsprobleem bestaat en dat verzoekster daarom geen (verzekerings)indicatie heeft voor een aangezichtscorrectie. Het Zorginstituut verwijst in zijn advies naar de overgelegde foto's en naar het ontbreken van argumentatie van het genderteam, waarom toch sprake zou zijn van een passabiliteitsprobleem. Geadviseerd wordt het verzoek af te wijzen. In het advies van 15 februari 2023 heeft het Zorginstituut ook de aangevraagde neuscorrectie beoordeeld. Ook ten aanzien van de neuscorrectie (rinoplastiek) adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek.

De commissie stelt vast dat het bestaan van een passabiliteitsprobleem door verzoekster niet aannemelijk is gemaakt en volgt de adviezen van het Zorginstituut. De commissie is voorts niet gebleken van verminking anderszins of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde aangezichtschirurgie en neuscorrectie ten laste van de zorgverzekering.

- 8.6. Ten aanzien van de stellingen van verzoekster over het primaat van de behandelend arts en de motivering van de afwijzende beslissing overweegt de commissie als volgt. Uitgangspunt is dat de behandelaar de aanvraag moet motiveren. In de onderhavige situatie zijn de aanvragen, inclusief de foto's, door vier medisch adviseurs beoordeeld. Deze bevindingen zijn helaas niet gedeeld met verzoekster. Dit geeft weliswaar een motiveringsgebrek, maar dit is onvoldoende om de aanvragen toe te wijzen. Daarnaast zijn de aanvragen in de onderhavige procedure beoordeeld door het onafhankelijke Zorginstituut. Ook het Zorginstituut heeft in de situatie van verzoekster geen passabiliteitsprobleem vastgesteld.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Het verzoek kan daarom niet worden toegewezen op grond van deze verzekering.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 april 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

- artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv

2. Voorwaarden zorgverzekering

- art. 21

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 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling 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 verslapte 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 gehemeltepletten, 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.

Wanneer heeft u recht op vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

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

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. Behandeling van verlamde of verslapte 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.

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.