

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. beide te Wageningen
Zaak	: Medisch specialistische zorg, plastische chirurgie, elektrische gezichtsepilatie, verminking, passabiliteitsprobleem
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer	: 202202001
Zittingsdatum	: 11 oktober 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. A.I.M. van Mierlo, L. Ritzema en drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

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

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 16 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 mei 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 4 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 augustus 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 5 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023033824) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 september 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 17 oktober 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 september 2023 aanpassing behoeft. Hierbij zijn door de commissie vragen gesteld. Bij brief van 31 oktober 2023 heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord en aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitief advies is op 31 oktober 2023 aan partijen gestuurd waarbij partijen in de mogelijkheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 6 november 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van brief is op 17 november 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 Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 250 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden hierna verder onbesproken.

- 3.2. Verzoekster is een transvrouw en sinds 2021 in transitie. Zij heeft in het verleden permanente gezichtsontharing door middel van elektrische epilatie ondergaan, waarvan de kosten gedeeltelijk zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 10 oktober 2022 heeft de behandelend huidtherapeut namens verzoekster een aanvraag ingediend voor een vervolgmachtiging. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar op 25 oktober 2022 ontvangen.
- 3.3. Bij brief van 26 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een vervolgmachtiging voor permanente gezichtsontharing door middel van elektrische epilatie is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 november 2022 en 16 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 5 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Op 28 september 2023 heeft verzoekster nog aanvullende stukken aan de commissie gestuurd. Een kopieën van deze stukken zijn op 4 oktober 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.6. Bij brief van 31 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft bij brief van 16 mei 2023 aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van permanente ontharing door middel van elektrische epilatie te vergoeden tot het moment waarop de behandelingen volgens haar behandelend huidtherapeut of een onafhankelijk deskundig arts niet meer tot een verbetering leiden, met een minimum van 117,5 uur aan behandelingen.
- 4.2. Verzoekster is gediagnostiseerd met genderdysforie. Ter onderbouwing hiervan heeft zij een verklaring van haar psycholoog overgelegd. Inmiddels heeft verzoekster meerdere behandelingen voor permanente gezichtsontharing ondergaan. Verzoekster heeft geen pigment in haar haartjes, waardoor laserbehandelingen niet werken. Zij is daarom aangewezen op elektrische epilatie. Een deel van de behandelingen is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Het gewenste resultaat is echter nog niet behaald en daarom zijn meer behandelingen nodig.
In haar brief van 16 mei 2023 wijst verzoekster op een standpunt van het College voor zorgverzekeringen (CvZ, nu: het Zorginstituut) uit 2008, 28078111 (28090148), waarin wordt verklaard:
'Er zijn grote inter-individuele verschillen in de intensiteit van de beharing. Bij personen met blond, roosig of wit/grijs haar zijn vaak meer sessies met elektrische epilatie nodig. De beoordeling door de zorgverzekeraar op noodzakelijkheid van vervolgsessies vindt plaats aan de hand van door de behandelaar te verschaffen informatie, waarmee wordt onderbouwd dat meer dan 10 sessies nodig zijn voor het bereiken van een acceptabel resultaat'.

De behandelend huidtherapeut heeft meerdere malen bevestigd dat meer behandelingen nodig zijn en heeft bij brief van 10 oktober 2022 toegelicht dat het gemiddeld aantal benodigde behandelingen bij transvrouwen hoger ligt dan bij cis-vrouwen, omdat beharing in de baardstreek onder invloed van androgene hormonen zeer hardnekkig is.
- 4.3. Verzoekster heeft in haar eerdergenoemde brief voorts aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geconcludeerd dat de aangevraagde behandelingen in de situatie van verzoekster niet doelmatig zijn. De behandelend huidtherapeut heeft meerdere malen schriftelijk verklaard dat het doelmatige zorg betreft. Daarnaast blijkt uit de reeds

uitgevoerde behandelingen dat wel degelijk sprake is van voortgang naar het geambieerde medische doel. Ook hieruit kan worden opgemaakt dat het om doelmatige zorg gaat. Uit onder meer de brief van 26 oktober 2022 van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat deze de doelmatigheid heeft beoordeeld op alleen financiële gronden, en niet op basis van zorginhoudelijke criteria.

- 4.4. In haar brieven van 17 januari 2023 en 16 mei 2023 heeft verzoekster verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar, door het afwijzen van de aanvraag, het gelijkheidsbeginsel schendt. Ter onderbouwing hiervan verwijst verzoekster naar een bindend advies van de commissie van 1 mei 2019 (SKGZ201801372). In dat geval heeft de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie 120 uren behandeling, ten bedrage van € 9.000,-, aan mevrouw A. te B. vergoed. Naar aanleiding van de procedure bij de SKGZ zijn daar tien behandelingen van elk twee uur, ten bedrage van € 1.500,-, aan toegevoegd. In totaal heeft de ziektekostenverzekeraar in dat geval dus 140 uren vergoed. Op grond van het gelijkheidsbeginsel heeft verzoekster eveneens recht op 140 uren permanente gezichtsontharing door middel van elektrische epilatie, ten laste van de zorgverzekering. Tot op heden heeft zij echter maar 22,5 uren vergoed gekregen.
- De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat haar situatie gelijk is aan die van mevrouw A. te B. De omstandigheden van verzoekster ten aanzien van de gezichtsbehandling zijn exact hetzelfde als die van mevrouw A. te B. Dit is geen veronderstelling, want verzoekster kent haar persoonlijk. Dit kan ook worden bevestigd door mevrouw A. te B. Dat de situaties gelijk zijn, kan daarnaast worden aangetoond met rapportages van de behandelende zorgverleners.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de gelijkheid van de medische uitgangspunten van de twee situaties niet ter discussie gesteld. Beide situaties zijn volgens de ziektekostenverzekeraar niet gelijk, omdat mevrouw A. te B. elders was verzekerd. Dit laatste is echter aantoonbaar onjuist. Nu de ziektekostenverzekeraar de overige, door verzoekster aangedragen gelijke omstandigheden niet ter discussie heeft gesteld, dient ervan te worden uitgegaan dat sprake is van gelijke situaties.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster nog toegelicht dat, op grond van artikel 2.4, eerste lid, onderdeel b, sub 2, Bzv, sprake moet zijn van verminking om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van elektrische epilatie ten laste van de zorgverzekering. Volgens het advies van het CvZ van 22 september 2008 is bij baard- en snorbehandling in de regel sprake van een verminking. Dit advies gaat specifiek over (toen nog genoemd) 'transseksuelen'. Uit de toelichting hierop blijkt dat voor verminking *"bekeken zal moeten worden of het uiterlijk van de transseksueel in de nieuwe rol zo extreem mannelijk is dat dit bij vrouwen in het algemeen niet voorkomt en in het dagelijks leven zo opvallend is dat er bij derden een schrik-effect ontstaat"*. Permanente haarverwijdering, in tegenstelling tot niet-permanente haarverwijdering zoals scheren, is veelal noodzakelijk om een schrik-effect te voorkomen.
- Blonde, witte haren missen het nodige pigment melanine en reageren niet of nauwelijks op laserbehandeling. Hierdoor is elektrische epilatie de enige reële optie. De ziektekostenverzekeraar hanteert als criterium voor verminking de VAV-Werkwijzer Beoordeling Behandelingen van Plastisch Chirurgische Aard (hierna: VAV-Werkwijzer) van 2021. Daarin staat dat er in beginsel niet kan worden gesproken van een verminking bij baard- en snorbehandling. Dit is tegenstrijdig met het besluit van CvZ uit 2008. De VAV-Werkwijzer baseert het beoordelingscriterium voor verminking op een standpunt van het Zorginstituut van 22 maart 2010. Dit standpunt is echter specifiek gericht op aangezichtschirurgie, reductie van de adamsappel, stem en psychische zorg. In dit kader wordt een passabiliteitsprobleem als criterium genomen, met een beperktere interpretatie van het schrik-effect 'in het voorbijgaan'. Op basis van de foto's concludeert de ziektekostenverzekeraar ten onrechte dat niet voldaan is aan dit criterium. Op verzoekster is immers het eerste criterium uit 2008 van toepassing. De foto's zijn niet voldoende om een goed beeld te krijgen van de beharing, nu het om lichte beharing gaat die moeilijk op een foto is vast te leggen.
- Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering komt zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en zorgbehoefte, niet voor vergoeding in aanmerking. Scheren is geen permanente gezichtsverwijdering en daarom geen gelijkwaardige zorgvorm. Als de mogelijkheid tot scheren het criterium voor vergoeding zou zijn, dan bestaat dat alternatief in alle situaties en zou vergoeding

van epilatie in het geheel niet plaatsvinden. Volgens een bindend advies van de commissie is een beoordeling op basis van uitsluitend het kostenaspect niet toegestaan. Zorginhoudelijk moet worden beoordeeld of de behandeling doelmatig is, of er een acceptabel resultaat is behaald en of verdere behandeling nog tot een verbetering van het resultaat leidt. De beoordeling vindt plaats aan de hand van door de behandelaar te verschaffen informatie, waarmee wordt onderbouwd dat meer sessies nodig zijn voor het bereiken van een acceptabel resultaat. De behandelend huidtherapeut van verzoekster heeft verklaard dat sprake is van zeer hardnekkige beharing onder invloed van hormonen. Vanwege de sterke hormonale werking is het lastig in te schatten hoeveel behandelingen nodig zijn. Op basis van eerdere soortgelijke verklaringen van de behandelend huidtherapeut is wel een machtiging verleend door de ziektekostenverzekeraar. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om aanvullende informatie op te vragen als deze vond dat de verklaring van de huidtherapeut onvoldoende was onderbouwd. De behandelend huidtherapeut heeft aanvullend verklaard dat het lastig is om in te schatten hoeveel behandelingen nodig zijn om bij verzoekster een 80-90% reductie te bereiken. Er is op dit moment wel verschil merkbaar en zichtbaar door de behandeling. Verdere behandeling leidt nog tot verbetering van het resultaat. Op dit moment is een acceptabel resultaat nog niet behaald. Verzoekster verwijst nogmaals naar het bindend advies van de commissie van 1 mei 2019 en voert aan dat gelijke gevallen gelijk moeten worden behandeld. In deze situatie is sprake van ongelijke behandeling van gelijkwaardige gevallen. In de zaak waarnaar verzoekster verwijst, was sprake van dezelfde beharing. In die zaak zijn meer behandelingen en meer uren toegekend en daarmee ook hogere bedragen vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft niet weerlegt dat sprake was van gelijke gevallen.

Voorst heeft verzoekster haar persoonlijke situatie toegelicht en verklaard dat genderdysforie een fenomeen is waarnaar sinds de vorige eeuw veel onderzoek is gedaan. Aanwezige mannelijke baardgroei wordt vrijwel unaniem door transvrouwen als traumatisch ervaren. Dit staat op nummer één van de dysforieschaal. Met permanente ontharing kan daaraan iets worden gedaan. De genderdysforie van verzoekster stopt pas als de mannelijke baardgroei is teruggebracht tot een aanvaardbaar niveau. Het is haar trauma, en nog niet eens zozeer vanwege de zichtbaarheid, maar vooral in het overige sociaal en maatschappelijk functioneren als vrouw, zoals bij intimiteit, aanraking en zoenen. Een mens is meer dan een object dat op uiterlijk kan worden beoordeeld. Voor verzoekster voelt het alsof medici, die in de meeste gevallen geen kennis hebben van de daadwerkelijke problematiek rondom genderdysforie, menen te weten wat goed voor haar is. 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 6 november 2023 heeft verzoekster herhaald dat het criterium om te bepalen of sprake is van verminking in het besluit van het CvZ van 2008, schrikeffect bij derden, anders geformuleerd dan in de VAV-Werkwijzer van 2021, schrikeffect bij derden in het voorbijgaan, oftewel passabiliteitsprobleem. In het definitief advies aan de commissie gaat het Zorginstituut niet in op dit verschil, maar wordt desondanks het criterium uit de VAV-Werkwijzer als criterium voor baardgroei gebruikt. Dit is ten onrechte, omdat deze werkwijzer het criterium haalt uit een CvZ standpunt van 2010 dat is geschreven voor onder andere aangezichtschirurgie en niet ziet op baardgroei. De VAV- Werkwijzer uit 2021 kan dan ook niet als toepasselijk regelgeving op het gebied van epilatie van de baard worden gezien.

In de samenvatting van het CvZ-standpunt van 2008 staat dat artikel 2.4, eerste lid, Bzv van toepassing is en dat moet worden beoordeeld of sprake is van verminking. Geconcludeerd wordt dat in de regel van verminking kan worden gesproken. Permanente epilatie van de baard valt onder de noemer van geneeskundige zorg en onder de dekking van de Zvw. Over de beoordeling van het criterium verminking wordt onder epilatie van de baard vermeld: *"Het hebben van een vrouwelijk gezicht, hetgeen optimaal kan worden bereikt door elektrische epilatie of selectieve fothermolysis draagt daartoe zonder meer bij en moet - in het kader van de diagnosestelling ("transseksualiteit") - als noodzakelijk worden bestempeld"*. Er staat ook vermeld dat niet-permanente haarverwijdering geen afdoende vrouwelijk resultaat geeft. Over het toestemmingsbeleid van zorgverzekeraars wordt vermeld: *"Als naar beoordeling van de behandelaar meer dan 10 sessies noodzakelijk zijn, dan beoordeelt de zorgverzekeraar de vervolgssessies afzonderlijk op noodzakelijkheid. Deze beoordeling vindt dan plaats aan de hand*

van door de behandelaar te verschaffen informatie, waarmee wordt onderbouwd dat meer dan 10 sessies nodig zijn voor het bereiken van een acceptabel resultaat".

Een beoordeling op basis van foto's wordt niet genoemd en is in geval van lichte beharing ook geen juiste manier van beoordelen, juist omdat een dergelijke beharing niet goed kan worden vastgelegd op foto's. Uit de brief van de huidtherapeut blijkt dat er nog geen reductie van 80% is bereikt en dus nog geen sprake is van een acceptabel resultaat. Juist minder goed zichtbare haren brengen bij derden een schokeffect teweeg bij fysiek contact.

Het CvZ Standpunt 2008 geeft vastomlijnde regels voor het maken van toestemmingsbeleid door zorgverzekeraars. De VAV-Werkwijzer gaat veel verder dan dat. De van toepassing zijnde wet- en regelgeving, waaronder verzoekster het CvZ Standpunt 2008 schaar, geeft de VAV-Werkwijzer niet de mogelijkheid om bestaande regels aan te scherpen of te wijzigen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vervolgbehandelingen voor het permanent ontharen van haar gelaat. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brieven van 16 december 2022 en 4 augustus 2023 toegelicht dat in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel b, Bzv is bepaald dat plastische chirurgie slechts onder de verzekerde zorg valt, indien sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. De voorwaarden van de zorgverzekering moeten in overeenstemming zijn met de geldende wettelijke voorschriften. Zij mogen geen strengere, maar ook geen ruimere vergoedingscriteria voor (geneeskundige) zorg bevatten.
Om te toetsen of sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking wordt bij de beoordeling van de aanvraag de VAV-Werkwijzer betrokken. Hieruit blijkt dat bij gelaatsontharing (epilatie) eerst dient te worden vastgesteld of sprake is van verminking. Wat betreft de beharing van romp en ledematen kan doorgaans niet worden gesproken van verminking. Hetzelfde geldt in beginsel voor baard- en snorbeharing. Andere maatregelen hebben doorgaans een afdoende resultaat. In extreme gevallen kan echter wel sprake zijn van verminking.
Voor gelaatsontharing betekent dit dat moet worden vastgesteld of door de overmatige beharing sprake is van een schrikeffect, conform het passabiliteitsprobleem. Volgens het Zorginstituut (destijds CvZ) spreekt men van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog aanwezige) mannelijke gelaat niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd niet respectvol reageren. Dit betekent dat als eerste moet worden vastgesteld dat een passabiliteitsprobleem bestaat, en indien dit zo is, dat in tweede instantie dient te worden bepaald welke uiterlijke kenmerken het meest aan dit passabiliteitsprobleem bijdragen. Tot slot moet aannemelijk zijn dat correctie van de kenmerken die het meest bijdragen aan het passabiliteitsprobleem ertoe leidt dat dit probleem wordt opgeheven. Uit de VAV-Werkwijzer volgt verder dat het recht op vergoeding stopt wanneer niet meer wordt voldaan aan het passabiliteitsprobleem. Het doel van de behandeling is een acceptabel resultaat. Trans- noch cis-vrouwen komen in aanmerking voor vergoeding van definitieve en totale verwijdering van gezichtsbeharing. Indien er bij herhaald behandelen geen verbetering optreedt, is de betreffende persoon niet meer redelijkerwijs aangewezen op deze zorg, ook al is het door betrokkene gewenste resultaat nog niet bereikt.
De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat uit de bij de vervolgaanvraag meegestuurde foto's blijkt dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van verminking. Er is geen sprake van een schrikeffect, waardoor in haar situatie niet kan worden gesproken van een passabiliteitsprobleem.
- 5.2. Bij brieven van 26 oktober 2022, 21 november 2022 en 4 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in het artikel 'Indicatie en doelmatigheid' van de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst van onder andere artikel 2.4 Bzv indien hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit betekent dat een behandeling het gewenste medische doel moet hebben. Ook moeten de kosten van

de behandeling redelijk zijn. De behandeling die door verzoekster is aangevraagd, is een dure behandeling. Een goedkopere behandeling, namelijk zelf scheren, geeft hetzelfde resultaat. De aangevraagde behandeling is in de situatie van verzoekster niet doelmatig.

- 5.3. Bij brief van 13 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat zijn beslissing niet wijzigt naar aanleiding van het beroep van verzoekster op het gelijkheidsbeginsel. Een beroep op het gelijkheidsbeginsel heeft alleen kans van slagen als een verzekerde aannemelijk weet te maken dat sprake is van een identieke situatie. Dit is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. De ziektekostenverzekeraar kan niet vaststellen of mevrouw A. te B. ook daadwerkelijk aanspraak had op vergoeding van deze behandeling vanuit de zorgverzekering.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de wetgever strikte eisen heeft gesteld aan de vergoeding van plastische chirurgie ten laste van de zorgverzekering. Hier gaat het dan om de vraag of sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Om te toetsen of daarvan in concreto sprake is, wordt gebruik gemaakt van de VAV-Werkwijzer. Hierin wordt gesproken over genderincongruentie. Ook wordt benoemd dat voor gelaatsontharing moet worden vastgesteld of sprake is van een verminking. In deze context betekent dit dat er door de overmatige gelaatsbehandling sprake is van een schrikeffect, conform het passabiliteitsprobleem. Dit is een zorginhoudelijke toets die de ziektekostenverzekeraar moet maken. Het Zorginstituut maakt ook gebruik van de VAV-Werkwijzer. Aan de hand van hiervan dient de aanspraak op plastische chirurgie te worden beoordeeld. De VAV-Werkwijzer is van recentere datum dan het advies van het CvZ van 2008, waarnaar verzoekster verwijst.
In artikel 2.1, derde lid, Bzv is opgenomen dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst, voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Op pagina 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is onder indicatie en doelmatigheid opgenomen dat alleen recht op zorg bestaat als die zorg ook nodig is. Hiermee geeft de ziektekostenverzekeraar te kennen dat bij een verzekerde een indicatie moet bestaan om aanspraak te kunnen maken op zorg. Daarnaast moet de zorg doelmatig zijn. Verzoekster heeft geen indicatie voor de aangevraagde zorg, omdat geen sprake is van verminking. Ook is niet voldaan aan het vereiste van doelmatigheid, omdat er een goedkoper alternatief bestaat. Daarom komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat zelf scheren ook een oplossing is. De ziektekostenverzekeraar begrijpt de wens van verzoekster voor een ruimere vergoeding en begrijpt dat aansluiting wordt gezocht bij eerdere casuïstiek. De relevante wet- en regelgeving is in dergelijke gevallen hetzelfde, maar elke situatie is anders. Daarom wordt per verzekerde beoordeeld of is voldaan aan de geldende voorwaarden.
Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 5 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het ontvangen dossier bevat foto's van matige kwaliteit. De eventuele (blonde) baardgroei is niet goed te beoordelen.

In de aanvraag van de huidtherapeut wordt uitgelegd dat verzoekster zowel lichte dikke haren als donkere haren heeft, waarvoor zij respectievelijk elektrische epilatie behandelingen en laserbehandelingen nodig heeft. Er wordt uitgelegd dat de beharing onder invloed van androgene hormonen zeer hardnekkig is en dat het aantal behandelingen niet goed te voorspellen is. Uit de aanvraag is niet op te maken of en welk resultaat is bereikt met de behandelingen en hoeveel behandelingen nodig zijn, terwijl in eerdere aanvragen wel een indicatie werd gegeven.

Op basis van de foto's en de informatie van de huidtherapeut is niet vast te stellen dat sprake is van een passabiliteitsprobleem en (dus) van een verminking.

Het geschil heeft ook betrekking op de doelmatigheid van de zorg. Verder voert verzoekster aan dat zij op grond van een vergelijkbare casus voor een ruimere vergoeding in aanmerking dient te komen. Beide onderwerpen vallen buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van verminking. Verzoekster voldoet daarom niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor de vervolgbehandelingen voor gelaatsontharing met elektrische epilatie.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Op grond van de stukken kan niet worden vastgesteld dat verzoekster voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor vervolgbehandelingen voor gelaatsontharing met elektrische epilatie. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een vergoeding van de kosten hiervan vanuit de basisverzekering."

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

"Reactie op de door u gestelde vraag

U heeft ons gevraagd in te gaan op de stelling van verzoekster dat bij de beoordeling niet moet worden gekeken naar de VAV werkwijzer, maar dat het standpunt van het CVZ uit 2008 leidend is.

In antwoord op uw vraag merkt het Zorginstituut het volgende op. Bij de beoordeling wordt zowel naar voornoemd standpunt als naar de VAV werkwijzer gekeken. In voornoemd standpunt is vermeld dat epilatie van de baard (gezichts- en halsbeharing), gericht op permanente haarverwijdering, bij transgender personen een behandeling van plastisch-chirurgische aard betreft ter correctie van een secundair geslachtskenmerk. In dat geval is artikel 2.4, lid 1, onder b, ten tweede van het Besluit zorgverzekering van toepassing is en moet worden beoordeeld of er sprake is van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. In het standpunt is de conclusie getrokken dat in de regel gesproken kan worden van verminking en dat epilatie van de baard in de regel onder de dekking van de basisverzekering valt. Het voorgaande betekent niet dat per definitie is voldaan aan het criterium verminking. Of sprake is van verminking wordt (telkens) beoordeeld aan de hand van de VAV werkwijzer waarin het beoordelingskader is uitgewerkt.

Reactie naar aanleiding van het verslag en de aanvullende stukken

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien.

Een van de aanvullende stukken betreft een ongedateerde brief van huidtherapeut Crijns. Deze brief zat niet in het oorspronkelijke dossier en is niet betrokken bij de beoordeling in het voorlopig advies. De brief geeft voornamelijk uitleg over de procedure en de effecten van elektrische epilatie bij baardgroei bij patiënten in het algemeen. Aan de hand van deze brief is niet op te maken welk resultaat is bereikt bij verzoekster met de ondergane behandelingen en hoeveel behandelingen nodig zijn voor een acceptabel resultaat. De conclusie blijft dat op basis van de foto's en de informatie van de huidtherapeut(en) niet is vast te stellen dat sprake is van een passabiliteitsprobleem en (dus) van een verminking.

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 A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie 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 ten behoeve van verzoekster aangevraagde permanente ontharing door middel van elektrische epilatie is een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat de zorgverzekering hiervoor dekking biedt indien bij de verzekerde een verzekeringsindicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Hetgeen is beschreven op pagina 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering is op deze bepaling gebaseerd. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in de VAV-Werkwijzer. De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 8.3. Tussen partijen staat vast dat bij verzoekster ten tijde van de aanvraag geen sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of kan worden gesproken van verminking. Het CvZ heeft op 22 september 2008 een standpunt ingenomen over onder andere epilatie van de baard in het gezicht en hals. Het CvZ is tot de conclusie gekomen dat baardgroei in het gezicht bij een man-vrouw transgender kan worden aangemerkt als verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Verminking in het kader van epilatie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw bestaat in geval van een passabiliteitsprobleem. De definitie hiervan is opgenomen in het standpunt van het CvZ van 22 maart 2010 genaamd 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de AWBZ en de Wmo'. Het standpunt luidt, voor zover hier van belang: *"Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd en niet respectvol reageren"*. In de praktijk betekent dit voor gelaatsontharing dat moet worden vastgesteld of er door de overmatige beharing sprake is van een schrik-effect, conform het passabiliteitsprobleem.
- 8.4. In het advies van 5 september 2023 stelt het Zorginstituut dat op grond van de stukken in het dossier niet kan worden vastgesteld dat verzoekster voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor vervolghandelingen voor gelaatsontharing met elektrische epilatie. Daarom kan verzoekster geen aanspraak maken op vergoeding van de hiermee gemoeide kosten vanuit de basisverzekering en wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet geen reden van de conclusie en het advies van het Zorginstituut af te wijken. Zij overweegt in dit verband dat uitgangspunt op basis van de jurisprudentie is dat degene die meent een vordering op haar verzekeraar te hebben op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van haar op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Tegen deze achtergrond lag het dus op de weg van verzoekster om aannemelijk te maken dat zij voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor vervolghandelingen voor gelaatsontharing met elektrische

epilatie, meer specifiek dat bij haar (nog) sprake is van een passabiliteitsprobleem. Nu zij hierin niet is geslaagd, kan verzoekster geen aanspraak maken op vergoeding van deze behandelingen, ten laste van de zorgverzekering. De vraag of de desbetreffende behandelingen in de situatie van verzoekster ook doelmatig zijn kan onbeantwoord blijven.

- 8.5. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar het gelijkheidsbeginsel schendt door haar aanvraag af te wijzen. Hierbij heeft zij gewezen op een bindend advies van de commissie van 1 mei 2019 (SKGZ201801372). De commissie overweegt dat pas sprake kan zijn van schending van het gelijkheidsbeginsel als gelijke gevallen ongelijk worden behandeld en dat is in onderhavig geval niet aan de orde. In het bindend advies waarnaar verzoekster verwijst stond namelijk vast dat betrokkene redelijkerwijs was aangewezen op de zorg. Zoals hiervoor is geconcludeerd is hiervan in de situatie van verzoekster geen sprake, zodat beide gevallen niet gelijk zijn en schending van het gelijkheidsbeginsel derhalve niet aan de orde is.

Slotom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 december 2023,

A.I.M. van Mierlo

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

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum, ZBC of ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Let op

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslaptte bovenoogleden, als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,

- 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,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

i Let op

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is.

U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig.

Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien

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.

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.