

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten

Zaak : EU/EER, Duitsland, transseksualiteit, genderbevestigende operatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202200378

Zittingsdatum : 2 november 2022

1. Partijen

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

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 15 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 april 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 5 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 15 september 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022027184) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 september 2022 aan partijen gestuurd. Bij brief van 4 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift hiervan is op 7 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft bij brief van 21 oktober 2022 een aanvullende reactie gegeven, waarbij zij ook is ingegaan op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een kopie hiervan is op 25 oktober 2022 ter kennisname 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 2 november 2022 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. Verzoekster heeft bij brief van 18 november 2022 een aanvullende reactie gegeven. Een kopie hiervan is op 22 november 2022 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede een kopie van de reactie van verzoekster van 18 november 2022 zijn op 8 november aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 september 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie van het definitief advies is op 2 december 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft, na uitstel te hebben gevraagd en gekregen, bij brief van 16 december 2022 op het definitief

advies gereageerd. Een kopie hiervan is op 20 december 2022 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Wereldfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is bekend met genderdysforie, en heeft in januari 2022 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een genderbevestigende operatie, uit te voeren in München, Duitsland.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 13 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 25 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 15 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de genderbevestigende operatie in München alsnog te vergoeden. Ook verzoekt zij vergoeding van het door haar betaalde entreegeld van € 37,-.
- 4.2. Verzoekster heeft gesteld dat de Standard of Care (SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH) als voorwaarde voor een genderbevestigende operatie twee brieven vereist, namelijk een brief van de GZ-psycholoog en een brief van een persoon die een evaluerende rol bij de behandeling van de patiënt vervult. Dit kan ook met één brief die door beide behandelaars is ondertekend. De verwijfsbrief van T-cendent, die bij de aanvraag is gevoegd, voldoet aan deze voorwaarde. Op grond van de SOC van de WPATH is multidisciplinaire samenwerking binnen een genderteam geen vereiste, maar dit is volgens de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch 2018 wel voorgeschreven. Op basis hiervan kan multidisciplinaire samenwerking op verschillende wijzen worden georganiseerd. Bij het genderteam van T-cendent vindt dit plaats via ketenzorg. Onderlinge afstemming geschiedt via structurele multidisciplinaire overleggen (MDO's). Het MDO vindt in beginsel plaats tussen de plastisch chirurg, de endocrinoloog en een gespecialiseerd psycholoog. Dit is ook het geval in het genderteam dat verzoekster behandelt. Het is verzoekster onduidelijk hoe de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie komt dat T-cendent geheel onafhankelijk werkt.
- 4.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat er geen aanwijzingen zijn van gezamenlijk onder duidelijke regie in overleg genomen beslissingen over de voortgang van de behandeling. Volgens de kwaliteitsstandaard valt dit onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Dit kan in principe elke zorgverlener zijn die betrokken is bij de zorg voor de transgender, mits deze is gespecialiseerd in transgenderzorg en de zorgverlener die expertise ook onderhoudt. Bij verzoekster is deze regiebehandelaar de GZ-psycholoog. Verzoekster heeft steeds de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde aanvullende informatie opgestuurd. De

ziektekostenverzekeraar blijft echter verzoeken om nieuwe informatie, zonder te motiveren waarom deze nodig is. Verzoekster is van mening dat redelijkerwijs van haar niet mag worden verwacht dat zij nog meer informatie aanlevert, waardoor verdere strijd ontstaat met haar privacy.

- 4.4. Bij brief van 21 oktober 2022 heeft verzoekster, voor zover hier van belang, aanvullend aangevoerd dat het Zorginstituut tot de conclusie komt dat geen aanwijzingen bestaan aan te nemen dat verzoekster niet redelijkerwijs zou zijn aangewezen op de genderbevestigende operatie. Dit kan alleen anders zijn als in de voorwaarden iets is geregeld over de kwaliteit van de zorg. In de polisvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar wordt op pagina 69 vermeld welke vormen van plastische chirurgie worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Hieronder valt ook het veranderen van de primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit. Verwezen wordt naar de brochure plastische chirurgie. Verzoekster is van mening dat deze brochure geen onderdeel van de polisvoorwaarden is, nu in de polis zelf niet wordt vermeld dat deze brochure aanvullende voorwaarden bevat voor vergoedingen van plastisch chirurgische aard, maar slechts wordt vermeld dat deze brochure "meer uitleg" bevat. In de polisvoorwaarden ontbreekt een duidelijke bepaling dat aanvullende voorwaarden voor vergoeding van plastische chirurgie te vinden zijn in aanvullende documenten. Met andere woorden, een grondslag om aanvullende voorwaarden te stellen aan vergoedingen, anders dan in de polis zelf, ontbreekt. Daarom is verzoekster van mening dat de polis geen nadere voorwaarden stelt aan de door haar gewenste behandeling, en dat dus slechts de wettelijke voorwaarden en de uitleg die het Zorginstituut daaraan geeft in zijn voorlopig advies van toepassing zijn. Voor zover de brochure wel onderdeel is van de voorwaarden, geldt dat uit de brochure volgt dat vergoeding van plastische chirurgie, waaronder de gevraagde genderbevestigende operatie, wordt beoordeeld aan de hand van de 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen plastisch-chirurgische aard' (hierna: de VAV-werkwijzer). Hierin zijn dezelfde voorwaarden vermeld als in de wet. Specifiek ten aanzien van genderbevestigende operaties zijn geen andere criteria genoemd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is essentieel dat er een duidelijke regie is gedurende het gehele behandeltraject. Verzoekster is van mening dat deze voorwaarde geen reden kan zijn om de gewenste behandeling af te wijzen, aangezien deze voorwaarden zich niet specifiek richten tot de gewenste genderbevestigende operatie. Bovendien bevatten deze voorwaarden tegenstrijdigheden, omdat enerzijds een multidisciplinair genderteam wordt voorgeschreven en anderzijds in de nieuwste versie (versie 8) van de SOC van de WPATH daar juist afstand van wordt gedaan. De SOC van de WPATH vereist slechts in drie gevallen van genderchirurgie een multidisciplinaire aanpak:

1. Als het gaat om genderchirurgie bij een minderjarige (Statement 13.7, p. S133); Dit is niet aan de orde aangezien verzoekster 26 jaar is.
2. Als het gaat om een niet-standaard, individueel aangepaste genderoperatie (Statement 13.8, p. S133). Te denken valt dan bijvoorbeeld aan vaginaplastiek met penispreservatie. Dit is niet aan de orde aangezien verzoekster een "standaard" genderoperatie laat uitvoeren.
3. Als het gaat om genderchirurgie als gevolg van spijt van een eerdere genderingreep (detransitie) (statement 13.11, p. S134). Ook deze situatie is niet aan de orde bij verzoekster.

De enige conclusie die op grond van de SOC van de WPATH dus kan worden getrokken is dat een multidisciplinaire aanpak voor de gewenste behandeling niet wordt vereist. De genderteams die door de ziektekostenverzekeraar wel als multidisciplinair worden gezien, hebben namelijk geen plek en de gewenste behandeling valt niet onder één van de drie door de SOC van de WPATH aangewezen categorieën waar een multidisciplinaire aanpak voor wordt aanbevolen. Verzoekster heeft verder in de reeds eerder overlegde stukken al aangetoond dat in haar situatie wel gewoon sprake is van een multidisciplinair genderteam. Daartoe zijn reeds de contracten tussen de zorgverleners en een overzicht van de multidisciplinaire overleggen gedeeld met de ziektekostenverzekeraar en de SKGZ. Uit deze stukken blijkt ook dat er een duidelijke regie wordt gevoerd.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog benadrukt dat wel sprake is van een duidelijke regie. In januari 2022 is een multidisciplinair overleg geweest met de plastisch chirurg en de endocrinoloog. Er bestaat een netwerksamenwerking dat aan de vereisten van de zorgstandaard voldoet. De regiebehandelaar staat ook als zodanig geregistreerd in het BIG-register. Verzoekster is eigenlijk al in Spanje begonnen met de behandeling, maar in Nederland bestaan andere eisen, zodat zij hier opnieuw is begonnen. Zij kreeg toen te horen dat de behandeling nog steeds niet voldoet aan de voorwaarden. De reden dat is uitgeweken naar Duitsland, is dat de wachttijd in Nederland ver buiten de treeknorm komt. Er is overleg geweest met de behandelaar in Spanje over de diagnose en over de hormoonbehandeling, die al was gestart.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de genderbevestigende operatie in München. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat moet worden beoordeeld of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling. Van belang hierbij is dat de door de verschillende behandelaars gevolgde werkwijze om tot een indicatiestelling te komen voldoet aan de SOC van WPATH. Hieruit volgt dat bij de behandeling en indicatiestelling sprake moet zijn van centrale regie van een deskundige psychiater of psycholoog. Een geprotocolleerde behandeling door een genderteam in een gespecialiseerd centrum geeft hiervoor een garantie. Voor een goede regie is echter niet per definitie samenwerking in één centrum noodzakelijk. Vooral bij chirurgische behandeling zijn regievoering en multidisciplinaire behandeling kernwaarden. Teneinde een transgender zo goed mogelijk in het hele proces van geslachtsverandering te begeleiden en daarbij vanuit diverse disciplines de juiste zorg en nazorg te bieden, moet er regievoering zijn vanuit een multidisciplinair team. Het team van T-cendent voldoet mogelijk wel aan het 'mental health professional' deel van de SOC van de WPATH, maar het team bestaat geheel uit GGZ-deskundigen, en is daarmee niet multidisciplinair. T-cendent stelt te beschikken over een netwerk van samenwerkende klinieken en artsen, maar werkt geheel zelfstandig en onafhankelijk. Er zijn geen aanwijzingen van gezamenlijk onder duidelijke regie in overleg genomen beslissingen over de voortgang van de behandeling. Ook lijkt geen sprake te zijn van onderlinge afstemming tussen de zorgverleners in een structureel multidisciplinair overleg.
- 5.2. In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 4 oktober 2022 aangevoerd dat de conclusie - dat er geen grond is om te concluderen dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op een genderbevestigende operatie indien geen sprake is van centrale regie conform de SOC en kwaliteitsstandaard - in tegenspraak is met alle relevante eerdere adviezen van het Zorginstituut en de afspraken uit de VAV Werkwijzer, die door het Zorginstituut worden geaccepteerd als de geëigende wijze om te beoordelen of een verzekerde is aangewezen op een behandeling van plastisch chirurgische aard. De civiele rechter heeft de juistheid hiervan ook bevestigd (ECLI:NL:RBGEL:2021:10465). In de voorwaarden van de zorgverzekering is verwezen naar de VAV Werkwijzer, waarin de kwaliteitseisen worden genoemd. Deze werkwijzer is onverkort van toepassing.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij het advies van het Zorginstituut onnavolgbaar vindt. De eisen gaan niet alleen over kwaliteit van de behandeling, maar ook over de wijze van indicatiestelling. Alleen als die voldoet aan de eisen kan worden gezegd dat een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg. De indicatiestelling en werkwijze is iets waar het Zorginstituut wel degelijk een oordeel over vormt en moet vormen. Ook over de kwaliteit zegt het Zorginstituut normaliter iets, bijvoorbeeld bij de beoordeling of een bepaalde behandeling behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Kwaliteit is daarbij één van de belangrijkste maatstaven, waarbij het Zorginstituut ook de richtlijnen van de beroepsgroep mee weegt. Dat deze richtlijnen alleen relevant zouden zijn als

deze zijn opgenomen in de polisvoorwaarden, maakt alle richtlijnen in één klap nutteloos en niet ter zake doende. Dit zal ook leiden tot een verschil in interpretatie tussen verzekeraars, en dat is niet de bedoeling. Het Zorginstituut licht zijn standpunt niet verder toe, waardoor onduidelijk is hoe hij tot deze wending heeft kunnen komen. Belangrijke factor daarbij is dat het Zorginstituut in een individuele klacht afwijkt van een standpunt dat het al sinds jaar en dag inneemt. Een standpunt dat ook is afgestemd met alle betrokken veldpartijen. De kwaliteitseisen zijn genoemd in de VAV- Werkwijzer. Deze werkwijzer is vastgesteld op initiatief en met nauwe betrokkenheid van het Zorginstituut.

Op 1 september 2022 is de laatste versie van deze Werkwijzer gepubliceerd, en hierin is onverkort opgenomen dat verzekeraars aanvragen onder andere toetsen aan de vraag of is voldaan aan centrale regie bij multidisciplinaire indicatiestelling en behandeling. Standpunten kunnen over de tijd wijzigen, maar deze moeten dan wel zorgvuldig onderbouwd zijn, met een hierbij behorend gedegen onderzoek, en afstemming met de betrokken veldpartijen. Daarbij moet dan ook worden gekeken naar een overgangsregime, zodat alle partijen de tijd hebben om de wijziging in hun processen en voorwaarden te verwerken. Dit is niet gebeurd, waardoor de gevolgen van deze wijziging niet allemaal duidelijk zijn, en de ziektekostenverzekeraar hierop niet kan ingaan. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat in de voorwaarden is verwezen naar de brochure, wat deze deel uit doet maken van de voorwaarden. In de brochure is verwezen naar de VAV- Werkwijzer, waarin staat dat diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de SOC van WPATH en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum dat is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen. Essentieel is dat er een duidelijke regie is gedurende het gehele behandeltraject. Dit is bij verzoekster niet het geval, omdat sprake lijkt te zijn van gelegenheidssamenwerking. Het moet gaan om een structurele samenwerking. Bovendien is er geen eerdere betrokkenheid van de plastisch chirurg geweest in de vorm van MDO bij diagnostiek en doorverwijzing, maar slechts op het moment dat al tot de volgende behandelstap besloten was. Er staat in de stukken dat er elke drie maanden een MDO is, maar dit stuk dateert van later dan verzoekster is begonnen met de behandeling. Eerder is er geen samenwerking geweest.

- 5.4. 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.
- 5.5. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 december 2022 verklaard dat dit advies onnavolgbaar is. Het Zorginstituut is niet ingegaan op de bezwaren die de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting heeft geuit. Uit eerdere standpunten van het Zorginstituut (voorheen: CVZ) volgt dat de zorg alleen tot het basispakket is toegelaten als aan de kwaliteitseisen is voldaan. Dat het Zorginstituut het nu als een kwaliteitseis afdoet waar hij niet over gaat, gaat niet op. Het Zorginstituut is bij het beoordelen van de stand van de wetenschap en praktijk bij uitstek de bewaker van kwaliteit, en geeft dit zelf ook aan in het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'. De diagnostiek maakt deel uit van deze toets. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het Zorginstituut betrokken is geweest bij het opstellen van de VAV-Werkwijzer, ook de meest recente versie uit september 2022. Om in dit traject het reeds decennia geldende standpunt te bevestigen, en dan enkele maanden later dit volledig te wijzigen, geeft geen pas. Hier is sprake van een ontoelaatbaar verrassingsadvies. Het gaat daarom niet aan hier directe werking aan toe te kennen, zeker ook gelet op de rechtsonzekerheid die dit met zich brengt. De ziektekostenverzekeraar vraagt de commissie met klem het advies van het Zorginstituut niet te volgen, en dit ook niet te publiceren.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 15 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) In eerdere adviezen van het Zorginstituut is aangegeven dat essentieel bij een transgender-behandeling is dat er een duidelijke regie is gedurende het gehele behandeltraject. Het is immers een ingrijpend traject dat altijd multidisciplinaire samenwerking vereist. Conform de internationale richtlijn, de Standard of Care (hierna: SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (hierna: WPATH, voorheen HBGDA) moet bij de behandeling en indicatiestelling sprake zijn van de centrale regie van een deskundige psychiater/psycholoog. Een geprotocolleerde behandeling door een genderteam in een gespecialiseerd centrum geeft hiertoe garantie, echter voor een goede regie is niet per definitie samenwerking in één centrum noodzakelijk.

Het Zorginstituut komt in de eerdere adviezen tot de conclusie dat wanneer de werkwijze van de betrokken behandelaren niet voldoet aan de SOC van de WPATH, niet vastgesteld kan worden dat de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde behandeling. Nader bekeken is dit niet de juiste afwijsggrond. Zorg komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van [de] basisverzekering indien de zorg behoort tot het verzekerde pakket, voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' en een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie. Dit laatste betekent dat er een koppeling moet zijn tussen de zorgbehoefte (de medische indicatie) en de zorg die geleverd wordt. Het gaat derhalve om de afweging of in het individuele geval de zorg, in dit geval een genderbevestigende operatie, het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien. De kwaliteit van de zorg vormt geen onderdeel van de afweging of de verzekerde redelijkerwijze op de zorg is aangewezen. Het Zorginstituut benadrukt dat het nog steeds van belang is dat verzekerden goede zorg krijgen conform SOC van de WPATH en de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch 2018. Het Zorginstituut is echter niet bevoegd om de kwaliteit van zorg te beoordelen in een geschil.

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

Redelijkerwijs aangewezen op

De genderbevestigende operatie behoort tot het verzekerde pakket. De vraag is of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Gelet op het voorgaande is de vraag of de behandeling voldoet aan de SOC of de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch 2018 niet relevant voor de beoordeling of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de genderbevestigende operatie. Het dossier bevat verder geen aanwijzingen dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op deze behandeling.

SOC en Kwaliteitsstandaard

Het is van belang dat patiënten goede zorg krijgen. Mogelijk heeft verweerder een bepaling in de polis opgenomen waaruit blijkt dat de behandeling moet voldoen aan de SOC of de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch 2018. Alleen dan is het mogelijk om de aanvraag af te wijzen op deze grond. Het behoort niet tot de taken van het Zorginstituut om hier een uitspraak over te doen.

Conclusie

In onderhavig geschil staat de vraag centraal of sprake is van centrale regie door een deskundige psychiater/psycholoog conform de SOC en de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch 2018. Dit is echter geen grond om te concluderen dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de genderbevestigende operatie. Mogelijk heeft verweerder in de polis een bepaling opgenomen met betrekking tot de kwaliteit van zorg op grond waarvan de gevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt. Het behoort echter niet tot de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut om dit te beoordelen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een genderbevestigende operatie maakt onderdeel uit van het basispakket en er zijn geen aanwijzingen dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op deze behandeling."

- 6.2. In het definitief advies van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) 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. Hieronder beantwoord[t] het Zorginstituut de vragen die door uw commissie zijn gesteld in de brief d.d. 8 november 2022.

- Waarom wordt nu niet meer door het Zorginstituut inhoudelijk beoordeeld of de zorg voldoet aan de kwaliteitsstandaard, terwijl dit in het verleden wel het geval was? Volgens verweerder ziet deze toets niet enkel op de kwaliteit, maar ook op de wijze van tot stand komen van de indicatie.

Het Zorginstituut beoordeelt in geschillen of sprake is van verzekerde zorg en of de verzekerde op deze zorg is aangewezen. Bij de vraag of sprake is van verzekerde zorg beoordeelt het Zorginstituut of sprake is van 'zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden' en of de zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Indien de zorg behoort tot het verzekerde pakket beoordeelt het Zorginstituut of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Zoals aangegeven in het voorlopig advies vormt de kwaliteit van zorg geen onderdeel van de afweging of de verzekerde redelijkerwijze op de zorg is aangewezen.

Daarnaast is de kwaliteit van zorg ook niet van invloed op de beoordeling van het plegen te bieden-criterium of 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut is derhalve niet bevoegd om de kwaliteit van zorg te beoordelen in een geschil. Met de kennis van nu is het Zorginstituut tot het oordeel gekomen dat het Zorginstituut in eerdere geschillen op onjuiste gronden de kwaliteit van zorg betrokken heeft bij de beoordeling van het geschil. Het Zorginstituut heeft onderhavig geschil als aanleiding gebruikt om dit recht te zetten.

- Kunt u ingaan op het argument van verweerder dat met de toetsing aan de kwaliteitsstandaard werd gezorgd voor een eenduidig beleid op het gebied van transgenderzorg, terwijl dit nu wegvalt? Iedere verzekeraar kan nu immers iets anders bepalen ten aanzien van de kwaliteit van zorg, aldus verweerder.

Wettelijk is niet is geregeld dat kwaliteit van zorg onderdeel is van de beoordeling van de aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en aanverwante regelgeving. Daarom is het niet mogelijk dat het Zorginstituut een standpunt inneemt om een eenduidig (kwaliteits)beleid te bevorderen.

- Op 1 september 2022 is de nieuwe VAV Werkwijzer gepubliceerd, waarbij ook het Zorginstituut heeft aangesloten. In deze werkwijzer worden de kwaliteitseisen van de SOC van WPATH nog steeds genoemd. Kunt u toelichten wat de status is van deze werkwijzer?

De VAV Werkwijzer verwijst naar het advies van het Zorginstituut van 25 maart 2008 waarin het Zorginstituut heeft aangegeven dat bij de behandeling en indicatiestelling moet er sprake zijn van de centrale regie van een deskundige psychiater/psycholoog, conform de Standard of Care (SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH). Het Zorginstituut is nog steeds van mening dat de kwaliteit van zorg belangrijk is. De kwaliteit van zorg kan echter geen reden zijn om een aanvraag af te wijzen op grond van het plegen te bieden-criterium, 'de stand van de wetenschap en praktijk' of het redelijkerwijs aangewezen zijn op de zorg. De lijn in het advies van het Zorginstituut d.d. 25 maart 2008 wordt derhalve losgelaten en het advies wordt van de website gehaald.

- Wat wordt bedoeld in het voorlopig advies met "er zijn geen aanwijzingen aan te nemen dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de ingreep"? Adviseert het Zorginstituut dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de ingreep, en is daarbij relevant dat al is gestart in Spanje en dat toen de indicatie is gesteld?

Verweerder heeft de aanvraag afgewezen omdat bij de behandeling en indicatiestelling sprake moet zijn van centrale regie door een deskundige psychiater/psycholoog en volgens verweerder was dat bij verzoekster niet het geval. Zoals eerder aangegeven kan verweerder niet stellen dat verzoekster om deze reden niet redelijkerwijs was aangewezen op de zorg. Verweerder heeft geen andere redenen aangevoerd op basis waarvan verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op een genderbevestigende operatie en ook het dossier bevat geen aanwijzingen waarom verzoekster niet redelijkerwijs aangewezen is op deze behandeling. Het Zorginstituut komt daarom tot de conclusie dat er geen aanwijzingen zijn om aan te nemen dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling. (...)"

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 80 van de 'Algemene regels en vergoedingen' 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg 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 Duitsland, een andere EU/EER-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo.nr. 883/2004. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft afwijzend beslist, omdat de zorg volgens hem niet wordt verleend door een multidisciplinair team. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van het verzekerde pakket is beoogd. Dit betekent dat de voorwaarden uit de zorgverzekering onverkort gelden. Ten aanzien van de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar wordt als volgt overwogen.
- 8.3. Tussen partijen is niet in geschil dat een genderbevestigende operatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering - dat wil zeggen dat is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk' - en dat verzoekster hierop redelijkerwijs is aangewezen. In eerdere adviezen aan de commissie heeft het Zorginstituut als uitgangspunt genomen dat indien de werkwijze van de betrokken behandelaren niet voldoet aan de SOC van de WPATH, niet kan worden vastgesteld dat de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde behandeling. Dit standpunt wordt nu door het Zorginstituut verlaten. Enkel de vraag of verzoekster voor de onderhavige zorg terecht kan bij T-cendent houdt partijen derhalve verdeeld. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 15 september 2022 verklaard dat hij zich niet bevoegd acht over de kwaliteit van zorg een oordeel te geven. Daarbij is het Zorginstituut van mening dat dit alleen een afwijzingsgrond kan zijn als dit in de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld. Het Zorginstituut heeft dit standpunt, ook nadat hierover door de commissie vragen zijn gesteld en de reactie van de ziektekostenverzekeraar op het voorlopig advies van het Zorginstituut is gelezen, gehandhaafd. De commissie ziet in de argumenten van de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding het advies van het Zorginstituut niet te volgen. Het Zorginstituut kan zelf bepalen waarover hij zich wel of niet bevoegd acht te adviseren. Het Zorginstituut heeft toegelicht dat hij

de casus van verzoekster als aanleiding heeft gebruikt om een standpunt dat hij voorheen innam, te wijzigen. Dit maakt niet dat de kwaliteitseisen niet meer gelden, aangezien de VAV-Werkwijzer vooralsnog in stand is gebleven zoals voorheen.

- 8.4. Op pagina 68 van de 'Algemene regels en vergoedingen' van de ziektekostenverzekeraar is de aanspraak op plastische chirurgie geregeld. Onder 8 is bepaald dat aanspraak bestaat op het veranderen van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit. Op pagina 69 is vermeld dat meer uitleg over de vergoeding van de plastische chirurgie staat in het document plastische chirurgie. Dit is een brochure, waarin de ziektekostenverzekeraar uitleg geeft over de aanspraak op plastische chirurgie en wordt verwezen naar de VAV Werkwijzer 2019 (hierna: de Werkwijzer). De Werkwijzer wordt gebruikt als document om tot een eenduidige uitleg van de zorgverzekering te komen en wordt ook door de commissie als richtlijn gehanteerd. In de Werkwijzer is ten aanzien van transseksualiteit bepaald dat de diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de WPATH. Ook moet het gaan om een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum dat is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen. Hoewel deze criteria zijn gebaseerd op een pakketadvies van het CVZ (College voor Zorgverzekeringen, thans: het Zorginstituut) dat al dateert uit 2007, geldt dat de Werkwijzer nog steeds van toepassing was ten tijde van de aanvraag. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom aan de hand hiervan beoordelen of de behandeling bij T-cendent voldoet aan genoemde kwaliteitseisen. Hij is van mening dat dit niet het geval is, omdat bij deze zorgaanbieder alleen GGZ-deskundigen werkzaam zijn. Er zijn voorts geen aanwijzingen van gezamenlijk onder duidelijke regie in overleg genomen beslissingen over de voortgang van de behandeling. Tevens lijkt geen sprake te zijn van onderlinge afstemming tussen de zorgverleners in een structureel multidisciplinair overleg. In dit verband beroept de ziektekostenverzekeraar zich onder andere op een factsheet van de Kwartiermakers Transgenderzorg, die werken in opdracht van het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aan het verhelpen van knelpunten in de transgenderzorg. Over T-cendent schrijven zij dat deze zorgaanbieder wat hen betreft geen deel uitmaakt van een erkend gendernetwerk. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aannemelijk heeft gemaakt dat de behandeling bij T-cendent niet voldoet aan alle hieraan te stellen kwaliteitseisen. Hetgeen verzoekster hiertegen heeft ingebracht is onvoldoende overtuigend. Zij heeft dan ook geen aanspraak op de - inmiddels uitgevoerde - ingreep, ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 verzoekster terecht onthouden.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 januari 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 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. (...)”*

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij 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.

● Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	• Bij lichamelijke functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Topfit	• Bij lichamelijke functiestoornis • Correctie flaporen tot 18 jaar
Superfit	• Bij lichamelijke functiestoornis • Correctie flaporen tot 18 jaar

● Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Maar plastische chirurgie is veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis¹ heeft
2. verminkingen² door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslachte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltlespleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. het veranderen van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg³, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de Ziekenhuisopname.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als de basisverzekering die niet vergoedt.

Ziekenhuis en medisch specialist

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie staat in het document [plastische chirurgie](#).

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist⁴, zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC⁵).

Dit wordt niet vergoed

- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting in andere gevallen dan hierboven staan

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor plastische chirurgie die onder de basisverzekering valt. [Zo werkt het eigen risico](#)

Geen eigen bijdrage

Voor plastische chirurgie betaalt u geen eigen bijdrage.

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Bij acute zorg⁶ is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg⁷ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen heeft u vooraf [toestemming](#) nodig. Alleen voor correctie van flaporen is geen toestemming nodig.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Ziekenhuis en medisch specialist

WachtlIJst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze [ZorgConsulent](#) vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Uitleg

1. Functiestoornis: Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken
2. Verminkingen: Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie
3. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
4. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog
5. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
7. Limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde