

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(drs. J.W. Heringa, J.J.M. Linders en B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202302819

Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Op 13 juni 2024 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. In een telefoongesprek op 18 juni 2024 heeft zij haar verzoek aan de commissie nader toegelicht. Dit telefoongesprek is diezelfde dag schriftelijk aan haar bevestigd. Op 28 juni 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 18 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 juli 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 9 augustus 2024 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij brief van 29 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024030986) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 september 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 21 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 29 augustus 2024 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie vragen gesteld. Bij brief van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord en commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift hiervan is op 1 november 2024 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 22 november 2024 heeft verzoekster een reactie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 4 december 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is in transitie van man naar vrouw. Namens haar is op 13 juni 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een voorhoofdplastiek met haarlijncorrectie in combinatie met een wenkbrauwlift.
- 2.3. Bij brief van 3 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 29 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde voorhoofdplastiek met haarlijncorrectie in combinatie met een wenkbrauwlift te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 2 oktober 2023 aangevoerd dat de behandelend arts haar passabiliteitsprobleem kan verminderen door een verkleining van het frontale beenderige deel van het aangezicht. Door deze behandeling zal de schrikreactie van derden op haar uiterlijk afnemen.
 Het doel van verzoekster is om meer aansluiting te krijgen bij haar geslacht, specifiek in besloten ruimtes als het toilet en kleedkamers. In dergelijke ruimtes krijgt verzoekster veel vragen en sociale afwijzingen vanwege het feit dat zij een transgender vrouw is.
 Over het algemeen is het lichaam van verzoekster passabel, maar haar gezicht nog niet. Dit blijkt uit de vele negatieve reacties die zij regelmatig krijgt
- 3.3. Bij ongedateerde brief heeft verzoekster gewezen op artikel B.4.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Zij heeft opgemerkt dat de bestaande verminking van het aangezicht mogelijk minder goed zichtbaar is op de foto's die zijn genomen in het ziekenhuis. Aan de hand van de gemaakte Conebeam CT-foto's is te zien dat wel degelijk sprake is van verminking van het aangezicht. Volgens de voorwaarden van de zorgverzekering en het Zorginstituut is een zorgverzekeraar verplicht een patiënt financieel bij te staan.
 Verzoekster heeft zich om psychosociale redenen gewend tot haar behandelend arts. In haar dagelijks leven ervaart zij problemen van haar passabiliteit. In haar werk als ggz-verpleegkundige begeeft zij zich voortdurend in wisselende omgevingen. Hier moet zij steeds opnieuw vertrouwen en geloofwaardigheid winnen. Vaak wordt zij ongevraagd benaderd met de vraag of zij transseksueel is. Dit ervaart verzoekster als belemmerend. In de praktijk blijkt dat bij verzoekster nog onvoldoende sprake is van passabiliteit. Daarnaast voelt verzoekster zich in haar woonmilieu minder veilig als zij in het openbaar wordt herkend als transpersoon.

- 3.4. Bij e-mailbericht van 9 augustus 2024 heeft verzoekster toegelicht dat een osteotomie is aangevraagd voor de cranioplastiek met haarlijncorrectie en wenkbrauwlift. Volgens haar behandelend arts zijn er geen specifieke codes voor een cranioplastiek met haarlijncorrectie en wenkbrauwlift in het machtigingssysteem. Om die reden worden de codes voor een osteotomie gebruikt.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat haar verzoek is gewijzigd, in die zin dat zij geen haarlijncorrectie meer wenst te ondergaan. Verder heeft verzoekster een logboek voorgelezen. Hierin heeft verzoekster verschillende situaties heeft beschreven waarin zij problemen heeft ervaren in het openbaar. Soms wordt zij niet als vrouw herkend. Dit heeft een negatief effect op haar. Volgens de behandelend arts worden de problemen veroorzaakt door de botstructuur. De voorgestelde behandelingen kunnen ervoor zorgen dat verzoekster niet meer als man wordt herkend in het openbaar. Voor een verdere medische onderbouwing wordt verwezen naar de medische verklaring in het dossier.
- Door de frontal bossing staan de wenkbrauwen van verzoekster lager. Dit zorgt voor meer schaduw effect in de ogen en is typerend voor een man. Hopelijk zorgt de aangevraagde behandeling ervoor dat het gezicht er vrouwelijker uitziet zodat mensen niet hoeven na te denken of zij een man of vrouw zien. Verder is de behandeling geadviseerd door de behandelend arts. Ook hij beschrijft het gevolg van de behandeling. Het bot moet worden gereduceerd en de wenkbrauwen gelift.
- Verzoekster heeft aangevoerd dat het toetsingskader problematisch is. Klaarblijkelijk wordt verzoekster in het openbaar als mannelijk gezien. De ziektekostenverzekeraar zegt dat dit niet van belang is voor de beoordeling, omdat dit subjectief is. Echter, het toetsingskader van de ziektekostenverzekeraar is ook subjectief. Hij beoordeelt op basis van foto's of verzoekster als voldoende vrouwelijk wordt ervaren. Het is vreemd dat de ervaringen van verzoekster minder zwaar wegen dan de 'geobjectiveerde' mening van de ziektekostenverzekeraar. Voor verzoekster geldt dat andere mensen negatief op haar reageren. Het is dus niet haar eigen mening. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat zeven foto's zijn beoordeeld en dat op basis daarvan is vastgesteld dat het gelaat van verzoekster vrouwelijk is. Uit het advies blijkt niet waarom de visie van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut zwaarder wegen dan de ervaringen van verzoekster. In het advies van het Zorginstituut mist een onderbouwing van de conclusie dat verzoekster vrouwelijk tot zeer vrouwelijk overkomt. Het is daarom lastig om invulling te geven aan hoe die conclusie tot stand is gekomen.
- In het verleden heeft verzoekster een advies van het Zorginstituut ontvangen. In dit advies werd de aangevraagde behandeling aanbevolen, terwijl een rhinoplastiek was aangevraagd. Volgens het Zorginstituut kwam het gezicht van verzoekster op foto's mannelijk over. Dit werd voornamelijk veroorzaakt door de wenkbrauwen, de frontale bossing en de kaaklijn. Echter, op dat moment wilde zij die behandeling niet ondergaan. Verzoekster wilde een rhinoplastiek ondergaan. Het is vreemd dat na het uitvoeren van de rhinoplastiek geen passabiliteitsprobleem meer zou bestaan. Het deel van het gelaat dat een passabiliteitsprobleem veroorzaakte, is niet behandeld. Het passabiliteitsprobleem is dus niet weggenomen. Inmiddels is de rhinoplastiek drie jaar geleden uitgevoerd en bestaat nog steeds een passabiliteitsprobleem.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 6 september 2023 toegelicht dat hij een behandeling van plastisch chirurgische aard alleen mag vergoeden als bij een verzekerde sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Deze voorwaarden zijn uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid.
- In het kader van de aangevraagde aangezichtschirurgie moet worden beoordeeld of bij verzoekster sprake is van verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. In dat verband geldt dat wordt gesproken van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transgender vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor

mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Als sprake is van een passabiliteitsprobleem, dan is er in beginsel een vergoedingsindicatie voor aangezichtschirurgie van de uiterlijke kenmerken die het meest aan het passabiliteitsprobleem bijdragen en die tot passabiliteitsverbetering zal leiden.

Op dit moment ontbreekt een objectief beoordelingskader om na te gaan of een passabiliteitsprobleem aanwezig is. Volgens het Zorginstituut moet een passabiliteitsprobleem, in afwachting van een zodanig objectief beoordelingskader, als volgt worden vastgesteld:

"Het Zorginstituut is van mening dat in de tussentijd de motivering door de behandelaar in de aanvraag, ondersteund met beeldmateriaal, als uitgangspunt moet worden genomen voor het vaststellen van een passabiliteitsprobleem. Bij voorkeur wordt in de aanvraag duidelijk omschreven waarom sprake is van een passabiliteitsprobleem bij de verzekerde, wat het probleem veroorzaakt en op welke manier de aangevraagde ingreep of ingrepen zullen leiden tot verbetering van het passabiliteitsprobleem. De gelaatskenmerken waar het voornamelijk om draait zijn kin, neus, kaak/kaaklijn en voorhoofd."

Indien een passabiliteitsprobleem bestaat, dient vervolgens te worden beoordeeld of de aangevraagde behandeling ook kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hiervoor dient een verzekerde redelijkerwijs op de aangevraagde behandeling te zijn aangewezen. Dit is slechts het geval als aannemelijk is dat (één of meer van) de aangevraagde behandelingen het passabiliteitsprobleem opheffen. Hierna dient te worden beoordeeld in hoeverre alle aangevraagde behandelingen daarvoor nodig zijn, of dat kan worden volstaan met één of meer behandelingen van de uiterlijke gelaatskenmerken die het meest aan het passabiliteitsprobleem bijdragen, dan wel of minder ingrijpende of kostbare behandelingen een redelijk alternatief kunnen zijn om het passabiliteitsprobleem te verhelpen.

- 4.2. Volgens de behandelend arts bestaat bij verzoekster een passabiliteitsprobleem. Bij verzoekster zou sprake zijn van een mannelijke "frontal bossing" met geprononceerde wenkbrouwichels en mannelijke haarlijn. Verder is verklaard dat faciale feminisatie in het geval van verzoekster belangrijk is in het kader van de passabiliteit en hiermee het psychosociale en economisch functioneren als vrouw. In algemene zin wordt gesteld dat het genderteam verwacht dat verzoekster voordeel zal hebben bij genderbevestigende gelaatschirurgie. Deze stellingen worden door de ziektekostenverzekeraar verworpen, aangezien zij niets te maken hebben met de aangevraagde behandeling. De behandelend arts heeft weliswaar verklaard dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem, maar dit is niet nader onderbouwd. Bovendien geeft de behandelend arts niet aan welke kenmerken (het meeste) aan dit passabiliteitsprobleem bijdragen. Volgens de behandelend arts ervaart verzoekster geregeld een schrikreactie bij zichzelf en derden. Ook zou verzoekster regelmatig discriminatie, (verbaal) geweld en sociale ongelijkheid ervaren. Ook deze stellingen worden niet nader onderbouwd. Voor zover verzoekster door mensen daadwerkelijk wordt herkend als een transgender persoon, is die enkele herkenning onvoldoende om te kunnen spreken van een passabiliteitsprobleem. Op basis van het criterium moet worden beoordeeld of verzoekster voldoende passabel is om in de gewenste geslachtsrol door het leven te gaan. Daarvoor dient vanuit de aanvrager aannemelijk te worden gemaakt dat het voorkomen van verzoekster in het voorbijgaan een schrikreactie teweegbrengt bij derden. Dit criterium wordt strikt geïnterpreteerd, omdat de reactie vergelijkbaar moet zijn met de reactie bij een verminking in "niet-passabiliteitsdossiers". In dergelijke gevallen dient de verminking in ernst vergelijkbaar te zijn met de amputatie van lichaamsdelen of derdegraads verbrandingen. Het is niet vereist dat het onmogelijk is om (na bestudering) te zien dat de geslachtsrol van verzoekster niet overeenstemt met het biologische geslacht. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat ook biologische vrouwen 'mannelijke' gelaatskenmerken kunnen vertonen, waardoor de enkele aanwezigheid daarvan op zichzelf onvoldoende is om aan bovenstaand criterium te voldoen.
- 4.3. De medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar hebben het dossier van verzoekster beoordeeld op de aanwezigheid van een passabiliteitsprobleem en haar op het spreekuur gezien. De beschikbare informatie was voldoende om een dergelijke beoordeling uit te voeren. Volgens de medisch adviseurs is bij verzoekster geen sprake van een passabiliteitsprobleem. Er kan niet worden gesteld dat de transitie van verzoekster van man naar vrouw zonder de voorgestelde ingrepen onvoltooid moet worden geacht. Het voorkomen van verzoekster valt binnen de normale variatie van het vrouwelijk geslacht. Op correctie van kenmerken die binnen de normale variatie

van het vrouwelijk geslacht vallen bestaat geen aanspraak. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar een uitspraak van de rechtbank Midden-Nederland van 8 februari 2023 (ECLI:NL:RBMNE:2023:397).

- 4.4. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat psychosociale klachten en subjectieve gevoelens nooit aanspraak geven op behandelingen van plastisch chirurgische aard. De wetgever heeft de psychische problematiek, als indicatie voor de mogelijke vergoeding van een plastisch chirurgische ingreep, reeds jaren geleden uit de verzekeringsaanspraak gehaald.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de persoonlijke ervaringen uit het logboek van verzoekster aangrijpend vindt. Hij begrijpt dat de behandeling niet zomaar is aangevraagd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor plastische chirurgie strikte voorwaarden gelden die zijn bepaald door de overheid. De zorgverzekering is hierop gebaseerd. Bij plastische chirurgie moet sprake zijn van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Voor transgenderzorg geldt dat er een verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem moet bestaan. Bij de beoordeling van een aanvraag wordt gebruik gemaakt van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' die is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV). Ondanks dat de ervaringen van verzoekster aangrijpend zijn, betreft dit een subjectieve ervaring. De ziektekostenverzekeraar moet op objectieve gronden, of in ieder geval zo objectief mogelijk, beoordelen of aanspraak bestaat op zorg. Voor passabiliteit geldt dat wel mannelijke kenmerken aanwezig mogen zijn, maar dat de persoon in het geheel als vrouwelijk moet worden gezien. De aanvraag is door verschillende medisch adviseurs beoordeeld. Op basis van de foto's wordt verzoekster als vrouwelijk gezien. Het Zorginstituut vindt verzoekster vrouwelijk tot zeer vrouwelijk. De ziektekostenverzekeraar kan de negatieve ervaringen van mevrouw Post niet plaatsen specifiek in het licht van de aangevraagde behandeling aan de hand van een objectieve beoordeling. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat de aangevraagde behandeling het uiterlijk van verzoekster vrouwelijker kan maken. Echter, de ziektekostenverzekeraar ziet geen passabiliteitsprobleem en dat is een voorwaarde voor vergoeding. Dit blijkt ook uit het advies van het Zorginstituut. Het beoordelen van een passabiliteitsprobleem blijft lastig. Het is niet met zekerheid te zeggen wat de negatieve reacties veroorzaakt. Dat de ziektekostenverzekeraar niet kan vaststellen dat de negatieve reacties worden veroorzaakt door het gelaat, maakt de ervaring van verzoekster niet minder erg. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de stelling van verzoekster dat de huidige beoordelingscriteria niet optimaal zijn. Op dit moment is de ziektekostenverzekeraar gebonden aan de geldende voorwaarden. Dit blijkt ook uit het advies van het Zorginstituut. Verschillende medisch adviseurs beoordelen of een passabiliteitsprobleem aanwezig is. Hierbij wordt gebruik gemaakt van foto's en/of video's. Volgens de medisch adviseur oogt de frontale bossing wat mannelijk, maar ieder vrouwelijk gelaat heeft mannelijke kenmerken. Voor verzoekster geldt dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 29 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Aangezichtschirurgie kan voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering als sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Uit de brief van 18 juli 2024 van de behandelend chirurg blijkt dat de volgende behandeling wordt voorgesteld: "een voorhoofdsplastiek via bicoronale, pretrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. wenkbrauwlift". De verwachting van de behandelend chirurg is dat de operatie bij zal dragen

aan de passabiliteit van verzoekster, waarbij haar genderidentiteit beter zal passen bij haar gezicht. Dit draagt volgens de behandelend chirurg waarschijnlijk bij aan reductie van dysforie ten aanzien van het aangezicht. Ook zal dit leiden tot een beter psychosociaal en economisch functioneren als vrouw. De behandelend chirurg benadrukt dat het voorhoofd van verzoekster het meest bijdraagt aan het ervaren passabiliteitsprobleem.

Het dossier bevat zeven foto's van het gelaat van verzoekster. De foto's zijn van goede kwaliteit. Over deze foto's merkt het Zorginstituut het volgende op.

Verzoekster presenteert zich in de vrouwelijke geslachtsrol. De foto's zijn vanuit verschillende richtingen genomen: laterofrontaal rechts, frontaal van onder, lateraal links, laterofrontaal links, lateraal rechts, frontaal van boven en frontaal.

De foto's laten zien dat verzoekster een vrouwelijke tot zeer vrouwelijke indruk maakt, ondanks haar relatief hoge voorhoofd. De foto's bieden dan ook onvoldoende ondersteuning voor de aanwezigheid van een passabiliteitsprobleem.

Verzoekster voert aan dat aan de hand van een Conebeam CT-scan sprake is van een verminking van het aangezicht. Het Zorginstituut merkt op dat beelden van inwendige structuren niet worden gebruikt bij de beoordeling van een passabiliteitsprobleem. De beoordeling vindt plaats aan de hand van foto's van het gelaat.

Conclusie

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

Het advies

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

- 5.2. In het definitief advies van 31 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

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.

Ter zitting heeft verzoekster gevraagd welke criteria ten grondslag liggen aan de conclusie dat bij haar sprake is van een vrouwelijk tot zeer vrouwelijk gelaat. U vraagt het Zorginstituut daar op in te gaan. Daarnaast vraagt u het Zorginstituut in te gaan op de ervaringen die verzoekster heeft gedeeld tijdens de hoorzitting.

Het Zorginstituut betreurt dat verzoekster een aantal vervelende ervaringen heeft gehad in verband met haar transitie. Deze ervaringen kunnen echter niet meewegen bij de beoordeling of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Een passabiliteitsprobleem wordt vastgesteld door een medisch adviseur aan de hand van foto's en/of video's en een aanvraag van de behandelend arts. Persoonlijke ervaringen spelen hierbij geen rol. Het beoordelingskader is reeds toegelicht in het voorlopig advies d.d. 29 augustus 2024.

In het voorlopig advies constateerde het Zorginstituut dat het gelaat van verzoekster een vrouwelijke tot zeer vrouwelijke indruk maakt. Bij deze beoordeling zijn twee medisch adviseurs betrokken die de beschikbare foto's in het dossier hebben beoordeeld. Dit leverde geen schrikreactie op. Hoewel het voorhoofd van verzoekster relatief hoog is, valt dit binnen de normale variatie en oogt het gezicht van verzoekster als geheel vrouwelijk tot zeer vrouwelijk.

Verzoekster merkt tot slot op tijdens de hoorzitting dat zij in het verleden een advies van het Zorginstituut heeft ontvangen. In dit advies zou het Zorginstituut de aangevraagde behandeling zoals in onderliggend geschil hebben aanbevolen, terwijl destijds een rinoplastiek was aangevraagd. Het is voor het Zorginstituut onduidelijk naar welk advies verzoekster verwijst."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch chirurgische aard en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Tussen partijen is niet in geschil dat, anders dan blijkt uit het ingediende aanvraagformulier voor een osteotomie, de facto een aanvraag is gedaan voor een voorhoofdplastiek met haarlijncorrectie in combinatie met een wenkbrauwlift. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat haar verzoek is gewijzigd, in die zin dat zij geen haarlijncorrectie meer wenst te ondergaan. De commissie hecht er allereerst aan om op te merken dat het haar duidelijk is dat de aangevraagde behandeling door verzoekster zeer gewenst is en dat de huidige situatie, waarbij zij problemen heeft ervaren in het openbaar, een negatief effect op haar heeft. Dit laat onverlet dat de commissie gehouden is het verzoek te beoordelen aan de hand van het juridisch kader dat geldt voor de vergoeding van deze behandeling op basis van de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving.
- 7.3. De namens verzoekster aangevraagde behandeling betreft aangezichtschirurgie in het kader van de transitie van man naar vrouw. Aangezichtschirurgie is een behandeling van plastisch chirurgische aard. Dergelijke behandelingen kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat en de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. De voorwaarden met betrekking tot de verzekeringsindicatie staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), hierna: (VAV-werkwijzer). De VAV-werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 7.4. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het gaan om een aandoening die dusdanig ernstige lichamelijke klachten veroorzaakt dat de verzekerde fors wordt beperkt in het functioneren. Dat dit bij verzoekster aan de orde is, is gesteld noch gebleken. De commissie gaat daarom ervan uit dat tussen partijen niet in geschil is dat ten tijde van de aanvraag bij verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig was.

- 7.5. Verminking in het kader van aangezichtschirurgie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw bestaat in geval van een passabiliteitsprobleem. De definitie hiervan is opgenomen in het standpunt van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CvZ) van 22 maart 2010 genaamd 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de WBZ en de Wmo'. Het standpunt luidt, voor zover hier van belang: *"Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd en niet respectvol reageren."* In die situatie kunnen de mannelijke gelaatstreken van betrokkene als verminking worden aangemerkt.
- 7.6. In zijn advies aan de commissie van 29 augustus 2024 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet is aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem. De beschikbare foto's in het dossier laten zien dat verzoekster een vrouwelijke tot zeer vrouwelijke indruk maakt ondanks haar relatief hoge voorhoofd. De foto's bieden dan ook onvoldoende ondersteuning voor de aanwezigheid van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van aangezichtschirurgie ten laste van de zorgverzekering.
- 7.7. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Zo treft de verwijzing naar de Conebeam CT-scan geen doel, aangezien bij de beoordeling aan de hand van het passabiliteitsprobleem niet de inwendige structuren, maar het voorkomen van betrokkene bepalend is. De door de behandelend arts genoemde economische en psychosociale redenen spelen geen rol in het kader van de beoordeling of een passabiliteitsprobleem bestaat. Dat een zorgverzekeraar gehouden is een patiënt financieel bij te staan vindt zijn beperking in de voorwaarden van de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving, waaronder die met betrekking tot de verzekeringsindicatie, zoals hier aan de orde. Verzoekster voldoet hier niet aan. De commissie neemt voornoemde conclusie daarom ook over en maakt deze tot de hare. De verwijzing van verzoekster naar een eerder advies van het Zorginstituut in een eerder geschil, wordt door de commissie gepasseerd. Hierover is door verzoekster geen informatie overgelegd. Daarbij komt dat de commissie het verzoek beoordeelt op basis van de situatie die ten tijde van de aanvraag bestond.
- 7.8. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde aangezichtschirurgie ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 december 2024,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekt deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt. Voorbeeld:

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-

kering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar gestelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U heeft een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulp-

middelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvangen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik;
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslachte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen). De transseksualiteit moet zijn vastgesteld door een zorgverlener die deelneemt aan een transgenderennetwerk;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
 - u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter heeft (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de

zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.

- Laserbehandeling:
 - deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
 - u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Als een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing, Zie hiervoor artikel B.4.2.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van

verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag. Deze worden veroorzaakt door:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte. Er wordt

gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor een revalidatiebehandeling zonder opname.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op (vergoeding van) deze zorg.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe Multi morbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2., en gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wlz;
- Er bestaat ook aanspraak op geriatrische revalidatie bij plotseling optredende mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid door een aandoening waarvoor u al medisch specialistische zorg heeft ontvangen. In dit geval moet

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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