

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.  
te Arnhem

Zaak : EU/EER, Spanje, plastische chirurgie, aangezichtschirurgie bij man-  
vrouw-transgender, FFS

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1  
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20  
Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202102061

Zittingsdatum : 8 juni 2022

## 1. Partijen

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

tegen

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 21 januari 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 10 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 4 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 april 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 16 mei 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022014528) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 mei 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 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.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 15 juni 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 mei 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 juni 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Verder is het Zorginstituut ingegaan op de na het voorlopig advies ingebrachte stukken.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft een transitie van man naar vrouw ondergaan. Zij werd tijdens deze periode begeleid door een GGZ-instelling in Nederland. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor Facial Feminization Surgery (hierna: FFS) in Marbella, Spanje. Deze ingreep is in oktober 2020 uitgevoerd, en de kosten hiervan heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

- 3.3. Bij brief van 18 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat vergoeding van de kosten van FFS is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 juni 2021 en 1 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 16 mei 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

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

*Zoals hierboven aangegeven, is de uiterlijke kenmerkenlijst bij de beoordeling van de indicatie voor aangezichtschirurgie losgelaten. De motivering door de behandelaar in de aanvraag, ondersteund met beeldmateriaal, wordt momenteel als uitgangspunt genomen voor het vaststellen van een passabiliteitsprobleem.*

*Er ontbreekt argumentatie van de behandelaars Stepwork en Facial team voor de beoogde effecten van andere behandelingen dan adamsappelreductie op het vrouwelijk uiterlijk. Daarnaast is er op basis van de foto's niet overtuigend sprake van een passabiliteitsprobleem, behalve met betrekking tot de adamsappel. Het dossier bevat meerdere aangezichtsfoto's en zijwaartse gezichtsfoto's. Weliswaar prononceert het voorhoofd enigszins. Echter, de neus en kaakhoeken ogen niet opvallend mannelijk. De algemene indruk is dan ook dat verzoekster niet mannelijk oogt. Verder is ook geen sprake van verminking anderszins of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.*

#### *Conclusie*

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsstoornis. Verder blijkt er geen sprake van een verminking anderszins of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis te zijn.*

#### *Het advies*

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Niet is aangetoond dat verzoekster een (verzekerings-)indicatie heeft voor een FFS behoudens voor adamsappelreductie. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de overige ingrepen ten laste van de basisverzekering. (...)"*

- 3.6. Bij brief van 27 juni 2022 heeft het Zorginstituut bij in het definitief advies, voor zover hier van belang, het volgende meegedeeld:

*"(...) 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.*

*Naar aanleiding van de aanvullende informatie merkt het Zorginstituut het volgende op. De aanvullende informatie betreft een herhaling van de eerdere uitleg over de mogelijk te verrichten correcties aan het gelaat door het Facial Team uit Spanje. Hiermee is ook niet aangetoond dat sprake was van een passabiliteitsprobleem voorafgaand aan de uitgevoerde behandelingen. Vergoeding ten laste van de basisverzekering is derhalve niet mogelijk. (...)"*

#### 4. **Het geschil**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van FFS, uitgevoerd te Marbella, aan haar te vergoeden, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan haar moet vergoeden.

#### 5. **Bevoegdheid van de commissie**

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. **Beoordeling**

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie, waaronder aangezichtschirurgie, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook wordt hierin de van belang zijnde bepaling uit Vo. nr. 883/2004 aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

##### *Standpunt verzoekster*

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de GGZ-instelling waar zij in Nederland onder behandeling was, het door de ziektekostenverzekeraar gevraagde behandelplan zou verzorgen. Dit bleef echter lange tijd uit. Verzoekster heeft om die reden besloten de ingreep in oktober 2020 te laten plaatsvinden en pas achteraf het behandelplan bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van een passabiliteitsprobleem. De gemachtigde van verzoekster heeft de zaak voorgelegd aan een onafhankelijk medisch adviseur, die op basis van de foto's tot de conclusie is gekomen dat destijds wél een passabiliteitsprobleem bestond. Hij is van mening dat vóór de behandeling werd uitgevoerd sprake was van een duidelijk mannelijk voorkomen. Met name het voorhoofd was mannelijk.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij vier medewerkers heeft gevraagd een uiterlijke kenmerkenlijst in te vullen. Op basis hiervan is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. De ziektekostenverzekeraar maakt echter niet inzichtelijk waarom de ingevulde vragenlijsten een dergelijke conclusie rechtvaardigen. Aangezien de ingreep inmiddels heeft plaatsgevonden, kan verzoekster niet meer worden opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur, en is alleen de adamsappelreductie toegekend. Verzoekster kan zich hiermee niet verenigen. Het Zorginstituut heeft een standpunt ingenomen waaruit blijkt dat wordt gesproken van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw-transseksueel niet als vrouw wordt herkend vanwege het nog altijd aanwezige mannelijke gelaat, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. In 2021 zijn signalen ontvangen dat de uiterlijke kenmerkenlijsten niet meer kunnen worden gebruikt, omdat deze in de praktijk niet goed toepasbaar zijn. Totdat een nieuw toetsingsinstrument beschikbaar is, moeten volgens het Zorginstituut de motivering door de behandelaar in de aanvraag en de ondersteuning hiervan door beeldmateriaal als uitgangspunt worden genomen. Verzoekster is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar teveel waarde hecht aan de beantwoording door zijn medewerkers van de uiterlijke kenmerkenlijsten. Gekeken moet worden naar de medische informatie van haar behandelaars en de overgelegde foto's. Hieruit blijkt wat haar betreft dat vóór de ingreep sprake was van een passabiliteitsprobleem.

- 6.4. Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut niet langer kijkt naar de uiterlijke kenmerkenlijst, maar naar de motivering van de behandelaar en het beeldmateriaal dat is overgelegd. Vervolgens komt het Zorginstituut tot de conclusie dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem, maar onderbouwt dit standpunt verder niet. Ook zou volgens het Zorginstituut een onderbouwing door de behandelaars ontbreken. In dit verband verwijst verzoekster naar een rapport van het Facial Team van 26 mei 2022. Hierin is door de behandelaars een uitgebreide toelichting gegeven. Ook in het verslag van het genderteam wordt op elk van de uitgevoerde ingrepen ingegaan. Uit de overgelegde foto's blijkt volgens verzoekster duidelijk dat vóór de ingrepen sprake was van duidelijke mannelijke kenmerken. Sinds de operaties zijn uitgevoerd, merkt zij verschil. Als zij nu op straat loopt, wordt zij niet meer aangesproken en krijgt zij ook geen nare opmerkingen meer. De kwaliteit van leven is sinds de operatie erg verbeterd.

#### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster de ingreep inmiddels heeft ondergaan, zonder hiervoor zijn voorafgaande toestemming te vragen. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag beoordeeld aan de hand van de overgelegde foto's. Aan vier medewerkers is gevraagd de uiterlijke kenmerkenlijsten in te vullen. Zij kwamen tot de conclusie dat bij verzoekster vóór de ingreep geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. Om die reden heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van FFS, ten laste van de zorgverzekering. De adamsappelreductie komt wel voor vergoeding in aanmerking.
- 6.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor een behandeling in het buitenland voorafgaand toestemming moet worden gevraagd en verkregen. Verzoekster heeft toestemming gevraagd, maar de beslissing hierop niet afgewacht. Ondanks dit gegeven heeft de ziektekostenverzekeraar toch besloten een inhoudelijke beoordeling uit te voeren. Doordat de ingreep al was uitgevoerd, moest achteraf worden getoetst aan de voorwaarden. Eén van de voorwaarden is dat sprake moet zijn van een passabiliteitsprobleem. Dit is aan de orde als sprake is van overwegend mannelijke kenmerken en betrokkene in het openbare leven niet als vrouw wordt herkend. Dit laatste zou zich kunnen voordoen als mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen, of bevreemd en niet respectvol reageren. In het verleden werd hiervoor gebruik gemaakt van een uiterlijke kenmerkenlijst. Inmiddels ligt deze lijst 'onder vuur', en wordt aangesloten bij de motivering van de behandelaar en het ondersteunend beeldmateriaal. Gelet op de beschikbare informatie is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat alleen de adamsappelreductie moest worden goedgekeurd. Het door verzoekster overgelegde rapport leidt niet tot een ander standpunt. Hierin is beschreven wat er is uitgevoerd, maar het bevat geen onderbouwing waarom de behandeling nodig was om een passabiliteitsprobleem op te lossen.

#### *Overwegingen commissie*

- 6.7. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Spanje - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, zoals in het onderhavige geval, dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken. Het voorgaande betekent dat de verordening geen toepassing vindt en dat de aanspraak op vergoeding van FFS moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.8. Ten behoeve van verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar - achteraf - een aanvraag ingediend voor FFS. Deze behandeling bestond, gelet op de brief van het Facial Team van 5 juni 2020, uit een voorhoofdsreconstructie, rhinoplastiek, haartransplantatie, adamsappelreductie en een aanpassing van de kaak. Dit is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt op grond van artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering dekking voor plastische chirurgie als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Verzoekster ondervond vóór de ingreep geen fysieke klachten aan haar gezicht, zodat niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hierover verschillen partijen ook niet van mening. Uitsluitend met betrekking tot de adamsappel heeft de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat bij verzoekster sprake was van verminking. Dit deel van de ingreep is daarom toegekend. Voor de overige onderdelen van de behandeling ligt de vraag ter beantwoording voor of eveneens kan worden gesproken van verminking.
- 6.9. Verminking in het kader van aangezichtschirurgie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw bestaat in geval van een passabiliteitsprobleem. De definitie hiervan is opgenomen in het standpunt van het CVZ (de rechtsvoorganger van het Zorginstituut) van 22 maart 2010 genaamd 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de 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 of niet respectvol reageren."* In die situatie kunnen de mannelijke gelaatstreken van betrokkene als verminking worden aangemerkt.
- 6.10. Bij de beantwoording van de vraag of een passabiliteitsprobleem bestaat, werd in het verleden gebruik gemaakt van een zogenoemde uiterlijke kenmerkenlijst. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 16 mei 2022 toegelicht dat aan de ingevulde uiterlijke kenmerkenlijst geenvbetekenis (meer) kan worden toegekend, aangezien deze in de praktijk niet toepasbaar (valide) is gebleken. In afwachting van een nieuw beoordelingskader is het aan de behandelaar in de aanvraag, ondersteund met beeldmateriaal, het bestaan van een passabiliteitsprobleem te onderbouwen. 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. In de situatie van verzoekster ontbreekt een dergelijke onderbouwing door de behandelend chirurg. Op basis van de overgelegde foto's en de ingediende aanvraag concludeert het Zorginstituut in zijn advies van 16 mei 2022 dat het bestaan van een passabiliteitsprobleem, en daarmee van de (verzekerings)indicatie verminking, niet is komen vast te staan. Het Zorginstituut stelt daarnaast vast dat ook niet kan worden gesproken van verminking anderszins of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, en adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek.
- 6.11. In eerdere uitspraken heeft de commissie geoordeeld dat op behandelingen van plastisch-chirurgische aard uitsluitend aanspraak bestaat indien wordt voldaan aan de zeer strikte voorwaarden die door de wetgever zijn geformuleerd, en die door de zorgverzekeraars zijn overgenomen in hun verzekeringsvoorwaarden. Hierbij is het uitgangspunt 'geen aanspraak, tenzij'. Nu verzoekster vergoeding vordert van een zodanige behandeling, is het aan haar, gelet op artikel 150 Rv, te stellen en te onderbouwen dat de uitzondering aan de orde is en dat door haar aan bedoelde strikte voorwaarden is voldaan, dat wil zeggen dat sprake is van verminking als bedoeld in artikel 21 van de verzekeringsvoorwaarden, meer specifiek in de vorm van een passabiliteitsprobleem, veroorzaakt door (onderdelen van) het gezicht. Uit de door verzoekster overgelegde informatie van de behandelend artsen alsmede de ingediende foto's, blijkt naar het oordeel van de commissie - uitgezonderd de adamsappel - niet dat een dergelijk probleem bij verzoekster bestond.

De commissie ziet daarom geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut en neemt dit over. Dit leidt ertoe dat verzoekster, behoudens de adamsappelreductie, geen aanspraak heeft op vergoeding van de FFS-ingreep, ten laste van de zorgverzekering. De commissie tekent hierbij aan dat het de keuze van verzoekster is geweest de behandeling te laten uitvoeren zonder voorafgaande aanvraag en zonder toestemming van de ziektekostenverzekeraar te hebben verkregen. De gevolgen van deze keuze liggen volledig in de risicosfeer van verzoekster.

De commissie merkt verder op dat aan het rapport dat verzoekster heeft overgelegd wordt voorbijgegaan, omdat hierin niet, althans onvoldoende, wordt onderbouwd dat sprake was van een passabiliteitsprobleem.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 augustus 2022

A.I.M. van Mierlo

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving  
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)



## Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

### Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

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

### Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

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

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

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

### U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

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

### Eigen risico

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

### Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

### Toestemming

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

---

# 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 gehemeltespelten, 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 agenese 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.

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. (...)*”