

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Plastische chirurgie, kaakchirurgie, aangezichtschirurgie, transgender vrouw naar man,
indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.7 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101332

Zittingsdatum : 17 augustus 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 22 oktober 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 1 november 2021 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 17 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 januari 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 26 januari 2022 heeft verzoeker aan de commissie gevraagd of er tijdens de hoorzitting beeld- en geluidsopnamen mogen worden gemaakt. Bij brief van 23 februari 2022 heeft de commissie dit verzoek afgewezen.
- 2.4. Bij brief van 10 februari 2022 heeft verzoeker zijn standpunt aan de commissie nader toegelicht. Een afschrift van deze brief is op 10 februari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker aanvankelijk bij brief van 7 februari 2022 uitgenodigd op het spreekuur van zijn medisch adviseurs. Partijen hebben nadien met elkaar hierover gecorrespondeerd en hebben afgesproken dat het spreekuurbezoek zou plaatsvinden op 6 april 2022. Hiervan is een verslag gemaakt door de ziektekostenverzekeraar, dat bij brief van 13 april 2022 aan de commissie is gestuurd. Een afschrift van deze brief is op 14 april 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.6. Bij brief van 1 juni 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022002141) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 juni 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.7. Partijen zijn aanvankelijk uitgenodigd om deel te nemen aan een hoorzitting op 6 juli 2022. Bij e-mailbericht van 21 juni 2022 heeft verzoeker de commissie verzocht de hoorzitting te verplaatsen naar een latere datum. De commissie heeft hiermee ingestemd en de hoorzitting op een latere datum gepland.

- 2.8. Bij e-mailbericht van 7 juli 2022 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 8 juli 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brieven van 25 juli 2022 en 29 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar op de aanvullende informatie gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn op 2 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.9. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 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.
- 2.10. De aantekeningen van de hoorzitting, afschriften van de nagekomen stukken en een 3D-print van het gelaat van verzoeker zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 1 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 oktober 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren.
- 2.11. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft verzoeker gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie is bij brief van 19 oktober 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Van de ziektekostenverzekeraar is geen nadere reactie ontvangen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand* (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 20 januari 2021 heeft het transgenderteam van T-cendent over verzoeker verklaard: *"(...) Client is sedert 2-9-2019 bij T-cendent in behandeling geweest voor genderdysforie (transseksualiteit) waarbij nauwgezet het internationale behandelprotocol SOC van de WPATH, voorheen Harry Benjamin Standards of Care 7, is gevolgd. De ernst van de klachten is van dien aard dat cliënt per 20-10-2019 is gestart met de hormoonbehandeling in het kader van een geslachtsaanpassing van vrouw naar man, terwijl zij zich sinds die juni 2019 fulltime manifesteert als man. Zijn wens is consistent en een leven als man voor als nog passend gebleken. Daarom is een geslachtsaanpassende ingreep, de zogenaamde GRS, al geïndiceerd.*

Hij heeft echter te kampen met een gebrekkige passabiliteit die door de hormoonbehandeling onvoldoende wordt beïnvloed, vanwege de vrouwelijke botstructuur in het aangezicht. Als man privé en in zijn werk wordt hij daarmee voor grote problemen gesteld.

Dit geeft zowel een psychisch zware draaglast als maatschappelijk economische en praktische problemen in het uitoefenen van zijn beroep. Binnen de beroepsuitoefening is cliënt vrijwel constant in face to face contact betrokken met cliënten en dient zich te presenteren op internationale bijeenkomsten via beeld-beeld verbinding. Cliënt heeft zich hier tot nog toe staande kunnen houden. Echter het gebrek aan passabiliteit staat continueren van een succesvol beroepsmatig leven in de hoedanigheid als man in de weg. Voor het afronden van het transitieproces achten wij een faciale operatie (FMS) beslist noodzakelijk.

Aangezien cliënt de behandeling bij ons wenst voort te zetten, raden wij cliënt aan vooraf een voorlichtend gesprek te voeren met u en afspraken te maken voor een FMS in dit jaar indien mogelijk (geheel volgens de internationale regels van de SOC van de WPATH) en vragen u cliënt zo zorgvuldig mogelijk te behandelen en te begeleiden. (...)"

- 3.3. Bij brief van 2 maart 2021 heeft de behandelend MKA chirurg ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hierin wordt over verzoeker verklaard: "(...) Bovengenoemde patiënt, die bij u verzekerd is, heeft zich bij ons gemeld voor gender affirmerende aangezichtschirurgie. Hij is vrouw-man transgender en voor zijn transitie onder behandeling en begeleiding van T-cendent. Zowel dit team als de huisarts ondersteunen de aan ons gerichte zorgvraag (zie bijgaande verwijsbrieven).

Er is wat ons betreft sprake van een passabiliteitsprobleem dat zich vooral toespitst op de periorbitale regio en de onderkaak die een evident vrouwelijk aspect vertonen. Bijgaand vindt u door diverse zorgverleners ingevulde beoordelingslijsten die dit onderschrijven. Ook zijn recente 2D foto's bijgevoegd. Ons behandelvoorstel is om de orbitaranden prominenter te maken en frontal bossing te creëren middels het vervaardigen en aanbrengen van personalized implants (PSI; PEEK) en de kaakhoeken en kin te masculiniseren middels convectie implantaten.

Ik verzoek u derhalve om ons te machtigen voor de volgende ingrepen en daaraan gerelateerde techniekkosten:

1 x code 239014: plaatsen van de PSI's van het voorhoofd middels bicronaire benadering

4 x code 234085: plaatsen kaakhoek- en kinimplantaten en infraorbitale PSI's

4 x code 230000: techniekkosten van de diverse implantaten (2 x kaakhoek a 500 euro; 4 x PSI a 3000 euro = totaal 13000 euro)

Graag zien wij uw reactie op korte termijn tegemoet. (...)"

- 3.4. Bij brief van 17 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag van 12 maart 2021 wordt afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 28 april 2021 en 7 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.6. In het voorlopig advies van 1 juni 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie verklaard, voor zover hier van belang:
 "(...) In het standpunt van 2010 (commissie: CVZ, standpunt 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de AWBZ en de Wmo', 22 maart 2010) heeft het Zorginstituut (toen nog CVZ) aangegeven dat Zorgverzekeraars bij het beoordelen van een aanvraag gebruik kunnen maken van de uiterlijke kenmerkenlijst. Onlangs heeft het Zorginstituut signalen ontvangen van zorgverzekeraars dat de uiterlijke kenmerkenlijst, waarmee een passabiliteitsprobleem beoordeeld kan worden, niet meer wordt gebruikt door zorgaanbieders. Omdat kennelijk zowel zorgaanbieders als verzekeraars hebben aangegeven dat de uiterlijke kenmerkenlijst in de praktijk niet goed toepasbaar blijkt (niet valide) wordt deze niet meer als hulpmiddel voor het beoordelen van een indicatie gebruikt. Het beoordelingskader moet daarom aangepast worden. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de VAV Werkgroep plastische chirurgie zijn hiermee bezig in samenwerking met het Zorginstituut.

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.

VAV werkwijzer

In de VAV Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard is de beoordeling van verzekeringsindicatie voor aangezichtschirurgie bij manvrouw transgenders als volgt uitgewerkt:

- als eerste moet worden vastgesteld of er sprake is van een passabiliteitsprobleem en indien dit zo is;
- in tweede instantie bepaald dient te worden welk uiterlijk kenmerk het meest aan dit passabiliteitsprobleem bijdraagt (daarbij is de uiterlijke kenmerkenlijst een hulpmiddel dat gebruikt kan worden).
- Tenslotte dient de voorgenomen ingreep zich vooral te richten op die kenmerken die het meeste bijdragen aan de passabiliteitsstoornis, waarbij het aannemelijk is dat correctie hiervan de passabiliteitsstoornis opheft.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Beoordeeld moet worden of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op aangezichtschirurgie. Daarvoor moet sprake zijn van een passabiliteitsprobleem. 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. In de aanvraag wordt aangegeven dat sprake is van een passabiliteitsprobleem dat zich vooral toespitst op de periorbitale regio en de onderkaak die een evident vrouwelijk aspect vertonen. Het dossier bevat één aangezichtsfoto en een profiel om te beoordelen of sprake is een passabiliteitsprobleem. Op de foto is weliswaar zichtbaar dat het voorhoofd niet opvallend promineert, en de kaakhoeken ook niet zeer hoekig prominieren. Echter, de indruk van deze ene foto is dat verzoeker niet vrouwelijk oogt. Daarom is geen sprake van een passabiliteitsprobleem. De schedelmetingen, die door verzoeker zijn meegestuurd, worden overigens niet gebruikt voor een beoordeling. 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 verzoeker sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verder blijkt er geen sprake van verminking anderszins of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. (...)"

- 3.7. Bij brief van 29 juni 2022 heeft de behandelend MKA-chirurg over verzoeker verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) Hierbij wil ik als behandelaar van uw verzekerde graag aanvullend reageren op uw afwijzing van de destijds aangevraagde behandeling. Verzekerde is zoals bekend een vrouw-man transgender. Uw standpunt is dat er geen sprake is van een passabiliteitsstoornis cq verminking (uw document van 21-04-2022).

Het bepalen c.q. objectiveren van passabiliteit is zeer lastig voor behandelaars en klaarblijkelijk ook voor verzekeraars. Bovendien is men meer ervaren in het beoordelen van man-vrouw transgenders dan omgekeerd.

U heeft uw mening, voor zover ik dat uit de correspondentie kan beoordelen, vooral gebaseerd op de destijds door mij aangeleverde 2D lichtfoto's. Op die foto's draagt verzekerde een baard die de kans vergroot dat het gelaat als mannelijk wordt beoordeeld. Ik ben nog steeds van mening dat zeker het gebied rond de ogen en de kin (en de kaaklijn) duidelijk vrouwelijk gevormd zijn.

Wij hebben een scan van de schedel en het gelaat van de broer van verzekerde gemaakt en die gesuperponeerd op de schedel van verzekerde. Hierop is duidelijk te zien dat er voor een meer mannelijke gelaatsvorm frontal bossing en accentuering van orbitaranden en zygomata nodig zijn. Ook hebben wij met behulp van statistical shape modelling een gemiddelde mannelijke schedel in onze software geformeerd (uit een representatieve groep van 50 schedels) die na superponeren evident laat zien dat het voorhoofd, de oogkasranden/jukbeenderen en de kin meer geprononceerd behoren te zijn. Zeker deze laatste bevinding lijkt ons een objectieveerbare methode om een afwijking t.o.v. een mannelijk gemiddelde te meten c.q. aan te tonen. Wat dit dan vervolgens zegt over passabiliteit blijft uiteraard een lastige en wellicht arbitraire kwestie. Op basis van de statistical shape modelling en de scan van de broer zijn wij gekomen tot het ontwerpen van patiënt specifieke implantaten voor genoemde regio's. Daarmee kan het gelaat van verzekerde worden gemasculiniseerd. Iets wat wij ook verder als wetenschappelijke publicatie zullen gaan uitwerken.

Bijgevoegd is een door ons, samen met het 3D Lab opgesteld document waarin u de superponatie van zowel de broer als de gemiddeld mannelijke schedel duidelijk zichtbaar is gemaakt. Ook bijgevoegd een aantal 2D lichtfoto's zonder baard die wellicht beter dan destijds de vrouwelijke periorbitale regio laten zien. (...)"

- 3.8. Bij brief van 24 september 2022 heeft het Zorginstituut in het definitief advies verklaard, voor zover hier relevant:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. Ook de 3D-print van het hoofd van verzoeker maakt de beoordeling niet anders. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Naar aanleiding van hetgeen verzoeker aanvoert tijdens de hoorzitting merkt het Zorginstituut het volgende op. In het voorlopig advies is reeds uitgelegd waarom de uiterlijke kenmerkenlijst niet meer gebruikt wordt en hoe het bestaan van een passabiliteitsprobleem op dit moment wordt beoordeeld.

Verzoeker heeft ter zitting een wetenschappelijk artikel overgelegd, waarin een methode wordt beschreven om op objectieve wijze vast te stellen dat sprake is van een passabiliteitsprobleem. Gezien de anatomische variatie is het volgens het Zorginstituut echter niet mogelijk om een standaard (gemiddelde) omvang (en vorm) van een manlijk of vrouwelijk hoofd vast te stellen. Daarnaast kan dit een discriminerend effect hebben. In het artikel van Bannister et al (2022) staat dan ook: "each face is unique". Voor het bepalen van de aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard moet sprake zijn van een verminking of lichamelijke functiestoornis. Het criterium voor verminking is niet de vorm van het hoofd (schedel) of aangezicht maar of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Dit betekent dat een transgender persoon niet als het ervaren gender wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Het Zorginstituut is zich er van bewust dat dit criterium moeilijk te objectiveren is. Het Zorginstituut gaat bij de beoordeling uit van de aanvraag en het aangeleverde beeldmateriaal. Het beeldmateriaal is door twee medisch adviseurs van het Zorginstituut bekeken. Ook op basis van de foto's van verzoeker zonder baard en de 3D-print is niet aangetoond dat sprake is van een passabiliteitsprobleem. (...)"

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de bij brief van 2 maart 2021 ten behoeve van hem aangevraagde aangezichtschirurgie dient te 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 18 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 behandelingen van plastisch chirurgische aard, waaronder aangezichtschirurgie, 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van 2 maart 2021 ten onrechte heeft afgewezen. In dit verband heeft verzoeker aangevoerd dat het aan de behandelend arts is te bepalen op welke behandeling hij is aangewezen. In dit geval heeft de behandelend arts onderzoek gedaan en is deze, net als het genderteam, tot de conclusie gekomen dat sprake is van een passabiliteitsprobleem. In voornoemde aanvraag heeft de behandelend arts toegelicht welke gelaatstrekken het passabiliteitsprobleem veroorzaken en waarop zich dit toespitst. Voor zover de ziektekostenverzekeraar de toelichting van de behandelend arts niet kan volgen, geldt dat hij deze in de gelegenheid moet stellen een toelichting te geven of ontbrekende gegevens aan te leveren. De ziektekostenverzekeraar heeft dit echter niet gedaan. In dat geval mag de ziektekostenverzekeraar de aanvraag niet afwijzen. Dit blijkt volgens verzoeker uit de jurisprudentie (Rechtbank Rotterdam 10 september 2021, ECLI:NL:RBROT:2021:8929, r.o. 4.15, Gerechtshof Amsterdam 27 oktober 2020, ECLI:NL:GHAMS:2020:2896, r.o. 5.5, Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 16 juni 2020, ECLI:NL:GHARL:2020:4544, r.o. 5.7-5.9 en Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 17 december 2019, ECLI:NL:GHARL:2020:10906, r.o. 5.5.)
- 6.3. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde behandeling ten onrechte aanmerkt als een behandeling van plastisch chirurgische aard en dat hij zich in dat verband ten onrechte beroept op het criterium 'verminking'. Volgens verzoeker is sprake een behandeling van kaakchirurgische aard, als bedoeld in de artikelen 2.7, lid 4, onder m, Bzv en 2.7, lid 5, onder a, Bzv. Het criterium 'verminking' is in dezen dus niet van toepassing. Er bestaat reeds aanspraak op deze zorg als sprake is van een passabiliteitsprobleem.
- 6.4. Verzoeker heeft erop gewezen dat uit de jurisprudentie blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een eventuele afwijzende beslissing objectief en transparant moet motiveren en deze moet toespitsen op het individuele geval. De beoordeling van de ziektekostenverzekeraar voldoet op meerdere punten niet aan deze voorwaarden. In de eerste plaats is de beoordeling van de aanvraag uitgevoerd door werknemers van de ziektekostenverzekeraar en niet door onafhankelijke beoordelaars. Deze hebben bovendien een gemeenschappelijk standpunt bepaald. Voorts is niet gebleken dat de (medische) gegevens van verzoeker zijn vergeleken met wetenschappelijk getoetste en representatieve gegevens voor het wensgeslacht (mannen van middelbare leeftijd van dezelfde etniciteit als verzoeker). In de tweede plaats voldoet de beoordeling van het passabiliteitsprobleem niet aan de definitie die het CVZ hieraan destijds heeft verbonden,

namelijk "In dat geval vertonen mensen in het voorbijgaan een schrikreactie, zijn mensen bevreemd of niet respectvol. Dit is vergelijkbaar met de reactie van passanten op iemand met brandwonden of vitiligo in het gelaat/hals." Om de functie van een passant te kunnen vervullen moeten beoordelaars niet voorbereid zijn op een ontmoeting met verzoeker of voorkennis hebben van de ingediende aanvraag, van het gender en het geslacht van verzoeker of het doel van de ontmoeting. Er kan dan ook geen sprake zijn van een objectieve beoordeling door een passant, als deze plaatsvindt door een medisch adviseur die in dienst is bij de ziektekostenverzekeraar en bovendien reeds beschikt over voorkennis van (de situatie) van verzoeker. Verder vraagt verzoeker zich af of de medisch adviseurs die de ziektekostenverzekeraar heeft ingezet beschikken over de relevante deskundigheid, te weten op het gebied van seksuele dysmorfie van het aangezicht en beoordeling van passabiliteit. Dat dit laatste wel een vereiste is, volgt volgens verzoeker uit de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw.

- 6.5. In reactie op de adviezen die het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht heeft verzoeker ook nog het volgende aangevoerd. Verzoeker merkt op dat het Zorginstituut heeft verklaard dat de uiterlijke kenmerkenlijst niet langer als hulpmiddel kan worden gebruikt om vast te stellen of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Onduidelijk is op basis waarvan het Zorginstituut tot deze conclusie is gekomen. Verzoeker meent dat dit juist een goede methode is om objectief vast te stellen of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Voorts laat het Zorginstituut na een andere methode aan te dragen op basis waarvan objectief kan worden vastgesteld of een dergelijk probleem aan de orde is. Er wordt slechts ten algemene gesteld dat de motivering van de behandelend arts, ondersteund met beeldmateriaal, moet worden gebruikt om vast te stellen of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Volgens verzoeker is daarmee beschreven welke gegevens nodig zijn om een en ander te beoordelen, maar blijft onduidelijk hoe de beoordeling gebeurt. Het is verzoeker dan ook niet duidelijk op basis van welke gronden al dan niet van de motivering van de behandelend arts kan worden afgeweken en/of welke (bewijs)stukken hiertoe moeten worden aangevoerd. Dit heeft tot gevolg dat de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut zonder meer aan een dergelijke motivering voorbij kunnen gaan. Dit laatste is niet terecht, temeer omdat de adviserend artsen die werkzaam zijn bij de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut niet beschikken over eenzelfde deskundigheid als die van de behandelend MKA-chirurg en het genderteam, die verzoeker 2,5 jaar hebben begeleid, en die gezamenlijk tot de conclusie zijn gekomen dat bij hem een passabiliteitsprobleem bestaat. Dit laatste is ook uitgebreid gemotiveerd. Ook voor de beoordeling van beeldmateriaal bestaat geen referentiemateriaal of richtlijn. Volgens verzoeker blijkt in de praktijk dat nog steeds per gelaatskenmerk wordt beoordeeld of dit al dan niet overeenkomt met het wensgeslacht, zodat de beoordeling feitelijk nog steeds plaatsvindt op een manier die vergelijkbaar is met de - niet-gevalideerde - toepassing van de uiterlijke kenmerkenlijst. Overigens gaat het Zorginstituut ook zonder meer voorbij aan de door verzoeker aangedragen methode om - aan de hand van de vorm van de schedel - objectief vast te stellen of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Het Zorginstituut beweert dat er geen direct verband bestaat tussen beiden, hetgeen volgens verzoeker een onzinnige bewering is. In geschil is immers of hij aanspraak heeft op aangezichtschirurgie, waarbij de vorm van de schedel wordt aangepast. Voorts wijst verzoeker erop dat forensisch deskundigen op basis van een schedel kunnen beoordelen of deze afkomstig is van een man of een vrouw. Alles overziend is verzoeker dan ook van mening dat het Zorginstituut koste wat het kost tot een bepaalde conclusie wil komen, waarbij hij zijn beoordeling niet uitsluitend baseert op zorginhoudelijke gronden, maar een financieel belang lijkt mee te spelen. Dat is niet toegestaan op grond van artikel 14 Zvw.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat aangezichtschirurgie bij een transgender voor vergoeding in aanmerking kan komen als sprake is van verminking, in de vorm van een passabiliteitsprobleem. In de VAV-werkwijzer is de beoordeling van de verzekeringsindicatie voor aangezichtschirurgie uitgewerkt. Hieruit blijkt dat eerst moet worden vastgesteld of sprake is van een passabiliteitsprobleem. In tweede instantie moet worden bepaald welke uiterlijke kenmerken het meest aan dit passabiliteitsprobleem bijdragen. Tot slot moet de voorgestelde behandeling zijn

gericht op deze uiterlijke kenmerken en aannemelijk worden gemaakt dat correctie hiervan het passabiliteitsprobleem opheft.

- 6.7. Volgens de ziektekostenverzekeraar ligt de lat voor het aannemen van een passabiliteitsprobleem hoog. Het moet gaan om verminking die zodanig ernstig is dat het gelaat zodanig vrouwelijk is gebleven dat dit bij mannen in het algemeen niet voorkomt. Daarbij moet het gelaat in het dagelijks leven zo opvallen dat hierdoor een schrik-effect ontstaat, dat mensen in het voorbijgaan bevreemd of niet respectvol reageren. Het moet daarbij gaan om een reactie vergelijkbaar met die op iemand met brandwonden of vitiligo in het gelaat/hals.
- 6.8. Specifiek kijkend naar de onderdelen van het gelaat (voorhoofd, kin, kaakhoeken en jukbeenderen) waarop de aanvraag van verzoeker ziet, meent de ziektekostenverzekeraar dat zij niet zodanig vrouwelijk ogen dat deze in het geheel niet voorkomen bij het wensgeslacht en in het dagelijks leven zodanig opvallen dat dit tot een schrikreactie bij derden zal leiden. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar zijn oordeel gebaseerd op de beschikbaar gestelde foto's en de verklaringen van de betrokken zorgverleners. Vervolgens heeft verzoeker het spreekuur van de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar bezocht. Dit heeft niet geleid tot een ander oordeel. Volgens de aanwezige medisch adviseurs heeft verzoeker een mannelijk voorkomen. Er is sprake van een mannelijke haarlijn, geprononceerde wenkbrauwrichels en geen frontale bossing. De kin- en kaaklijn is iets hoekig en oogt daardoor mannelijk. De kin is niet geprononceerd. De medisch adviseurs komen dan ook tot de conclusie dat geen sprake is van verminking, in de vorm van een passabiliteitsprobleem. Dit doet niet af van het feit dat verzoeker dit wel zo lijkt te ervaren en zelf een sterke perceptie lijkt te hebben dat hij niet als het wensgeslacht wordt gezien. Dit laatste leidt volgens de ziektekostenverzekeraar echter niet tot een verzekeringsindicatie.
- 6.9. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij met zijn beoordeling niet op de stoel van de behandelend arts gaat zitten. Het is namelijk aan de behandelend arts de medische indicatie te stellen en een passende behandeling voor te stellen, maar aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of hiervoor ook een verzekeringsindicatie bestaat op basis waarvan de desbetreffende behandeling al dan niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Overwegingen commissie

- 6.10. Ten behoeve van verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor 'het plaatsen van personalized implants van het voorhoofd middels bicoronaire behandeling en het plaatsen van kaakhoek- en kinimplantaten en infraorbitale personalized implants'. Dit zijn vorm- of aspect veranderende behandelingen die om die reden zijn aan te merken als behandelingen van plastisch-chirurgische aard en niet als behandelingen van kaakchirurgische aard, zoals door verzoeker is betoogd. De zorgverzekering biedt op grond van artikel B.25 van de voorwaarden van de zorgverzekering dekking voor plastische chirurgie als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Uit de stukken in het dossier blijkt niet dat verzoeker fysieke klachten ondervindt aan de te corrigeren delen van het gelaat, zodat niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hierover verschillen partijen ook niet van mening. Hetgeen hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of sprake is van verminking.
- 6.11. Verminking in het kader van aangezichtschirurgie ten behoeve van de transitie van vrouw naar man bestaat in geval van een passabiliteitsprobleem. Op grond van artikel 64, eerste lid, Zvw bevordert het Zorginstituut de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw. Het CVZ (de rechtsvoorganger van het Zorginstituut) heeft in zijn standpunt van 22 maart 2010, genaamd 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de AWBZ en de Wmo', een definitie opgenomen van het begrip passabiliteitsprobleem. Deze 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." De commissie overweegt dat

het voornoemde standpunt ook van toepassing is op een vrouw-man transseksueel, zij het dat in die situatie het nog altijd aanwezige vrouwelijke gelaat ertoe leidt dat betrokkene niet als man wordt herkend en dit in het voorbijgaan bij mensen leidt tot een schrikreactie of bevreemd dan wel niet respectvol reageren.

- 6.12. 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 advies van 1 juni 2022 toegelicht dat aan de ingevulde uiterlijke kenmerkenlijst geen betekenis (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.
- 6.13. Verzoeker heeft aangevoerd dat het aan de behandelend arts is een indicatie te stellen en dat de ziektekostenverzekeraar hieraan niet voorbij mag gaan. Voor zover de ziektekostenverzekeraar de gestelde indicatie al niet kan volgen, geldt zijns inziens dat de ziektekostenverzekeraar de behandelend arts in de gelegenheid moet stellen een toelichting te geven en/of aanvullende informatie aan te leveren. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar volgens verzoeker ten onrechte nagelaten. De commissie kan verzoeker volgen voor zover hij stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet zelf een (alternatieve) medische indicatie mag stellen. Dat is immers voorbehouden aan de behandelend arts. Als door deze een medische indicatie wordt gesteld, betekent dit echter niet zonder meer dat ook een verzekeringsindicatie bestaat. Daartoe moet tevens aan de geldende verzekeringsvoorwaarden worden voldaan. Tot deze voorwaarden behoort de eis dat verzoeker naar aard en omvang redelijkerwijs op de geïndiceerde zorg moet zijn aangewezen (art. 2.1, derde lid, Bzv). Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard gelden daarnaast specifieke eisen ten aanzien van de indicatie, te weten vermindering of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, onder b, Bzv. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of aan deze voorwaarden wordt voldaan. De verwijzing, door verzoeker, naar de jurisprudentie - waaruit volgens hem het tegendeel blijkt - wordt door de commissie dan ook gepasseerd. De ziektekostenverzekeraar mag zijn oordeel baseren op de informatie die hij van verzoeker en/of de behandelend arts heeft ontvangen. Het ligt immers, zo blijkt ook uit het in deze procedure toepasselijke artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, op de weg van degene die aanspraak maakt op verstrekking of vergoeding van zorg ten laste van de zorgverzekering om aan te tonen dat aan de toepasselijke voorwaarden is voldaan.
- 6.14. In dit geval is het derhalve aan verzoeker te stellen en te onderbouwen dat sprake is van vermindering als bedoeld in artikel B.25 van de verzekeringsvoorwaarden, meer specifiek in de vorm van een passabiliteitsprobleem, veroorzaakt door het voorhoofd, de jukbeenderen, kaakhoeken en de kin.
De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat van een passabiliteitsprobleem bij verzoeker geen sprake is. Deze conclusie is objectief vastgesteld en voldoende onderbouwd. Hetgeen verzoeker in dit kader heeft aangevoerd over de rol en de betrokkenheid van de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar kan niet overtuigen. Opgemerkt zij dat de medisch adviseurs weliswaar in dienst zijn van de ziektekostenverzekeraar, maar dat zij in de eerste plaats de hoedanigheid bezitten van arts en als zodanig ook aan het medisch tuchtrecht zijn onderworpen. Hun rol is uitsluitend een adviserende; het is de ziektekostenverzekeraar die beslist of de aanvraag wordt gehonoreerd of niet.
Dat de medisch adviseurs betrokken zijn bij het opstellen van de VAV-werkwijzer hoeft geen bevreemding te wekken. Zij zien immers de aanvragen voor plastisch-chirurgische behandelingen en kunnen als geen ander duidelijk maken welke problemen en vragen zich hierbij voordoen en hoe deze het beste kunnen worden opgelost onderscheidenlijk beantwoord. Verder tekent de commissie aan dat de medisch adviseurs niet beoordelen of bij hen een schrikreactie optreedt, of dat zij bevreemd dan wel niet respectvol reageren, maar bij willekeurige personen in het voorbijgaan. Overigens vond het spreekuurbezoek pas in tweede instantie plaats, nadat de

aanvraag was afgewezen. Het voorbereid zijn op de confrontatie met verzoeker had in die zin geen invloed op de uitkomst van de beoordeling.

De verwijzing naar artikel 14 Zvw treft geen doel. In de Memorie van Toelichting wordt enkel gezegd dat indien een zorgverzekeraar besluit een toestemmingseis te hanteren, het verzoek om toestemming moet worden gezien door een bij de verzekeraar werkende verzekeringsarts, die namelijk als deskundige kan beoordelen of een verzekerde op grond van zorginhoudelijke criteria behoefte heeft aan de zorg. Hiermee heeft de wetgever niet beoogd dat elke aanvraag moet worden beoordeeld door een arts die werkzaam is op het specifieke terrein waarop deze ziet. Dit zou ook ondoenlijk zijn, aangezien een zorgverzekeraar in dat geval voor elk specialisme een medisch specialist zou moeten aantrekken, in sommige gevallen zelfs meerdere vanwege specifieke deskundigheid binnen het desbetreffende specialisme.

Dit alles leidt tot de conclusie dat ter beantwoording nog voorligt de vraag of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat bij verzoeker geen passabiliteitsprobleem aan de orde is.

- 6.15. In het voorlopig advies van 1 juni 2022 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat uit de aanvraag van 2 maart 2021 en de overgelegde foto's niet blijkt dat bij verzoeker sprake is van een passabiliteitsprobleem. In de aanvraag is vermeld dat het passabiliteitsprobleem zich vooral toespitst op de periorbitale regio en de onderkaak die een evident vrouwelijk aspect vertonen. Dit blijkt echter niet uit de foto's in het dossier. Hierop is zichtbaar dat het voorhoofd niet opvallend promineert en dat de kaakhoeken niet zeer hoeking prominieren. De indruk is echter niet dat dit ertoe leidt dat verzoeker vrouwelijk oogt. Volgens het Zorginstituut is dan ook geen sprake van een verzekeringsindicatie voor de gevraagde ingrepen. Om die reden wordt geadviseerd het verzoek af te wijzen.
- 6.16. In de nadien overgelegde verklaring van de behandelend MKA-chirurg van 29 juni 2022 wordt gesteld dat de scan van de schedel en het gelaat van verzoeker niet overeenkomen met die van de broer van verzoeker en die van een gemiddeld mannelijke schedel. Het Zorginstituut benadrukt in het advies van 25 september 2022 dat niet aan de hand van de vorm van de schedel moet worden beoordeeld of verminking aan de orde is, maar dat sprake moet zijn van een passabiliteitsprobleem. Dit laatste is aan de orde als een transgender persoon niet als het ervaren gender wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan bevreemd of niet respectvol reageren. De commissie kan het Zorginstituut hierin volgen en merkt hierover in aanvulling op dat de constatering dat de schedel van verzoeker niet overeenkomt met die van zijn broer of die van de gemiddelde mannelijke schedel niet automatisch leidt tot de conclusie dat sprake is van een passabiliteitsprobleem. Hiervoor is de anatomische variatie te groot.
- 6.17. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, in het bijzonder dat er geen objectieve methode lijkt te bestaan op basis waarvan kan worden beoordeeld of sprake is van een passabiliteitsprobleem, dat niet transparant is hoe het Zorginstituut tot zijn oordeel is gekomen en dat dit niet is gebaseerd op zorginhoudelijke gronden, kan de commissie niet volgen. Het Zorginstituut is een onafhankelijke en uit deskundigen samengestelde instantie (artikelen 58 t/m 60 Zvw). Het is ingevolge artikel 64, eerste lid, Zvw onder meer belast met de bevordering van de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de verzekerde prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw. Tegen deze achtergrond is het Zorginstituut op grond van artikel 114 Zvw tevens belast met het adviseren van de commissie ter zake van geschillen over de aanspraak op verzekerde prestaties ten laste van de zorgverzekering. Hoewel de adviezen van het Zorginstituut niet bindend zijn, ligt het gelet op de hiervoor genoemde wettelijke taak van het Zorginstituut, voor de hand om daarbij in beginsel uit te gaan van door het Zorginstituut ingenomen standpunten. Anders dan verzoeker stelt, blijkt uit de adviezen van het Zorginstituut niet dat deze zijn gebaseerd op andere dan zorginhoudelijke gronden. Integendeel, hierin wordt uitvoerig ingegaan op de medisch inhoudelijke gegevens in het dossier en hetgeen verzoeker heeft aangevoerd. Daarbij heeft het Zorginstituut toegelicht wat er onder een passabiliteitsprobleem moet worden verstaan en waarom hiervan volgens hem in dit geval geen sprake is. Ook heeft het Zorginstituut erkend dat dit criterium moeilijk te objectiveren is. Dit laatste doet echter niet af aan de kwaliteit van het advies of de onafhankelijkheid van het Zorginstituut. Naar het oordeel

van de commissie is het advies van het Zorginstituut voldoende duidelijk en zijn besluitvorming transparant. De commissie ziet dan ook geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut.

- 6.18. Alles overwegende neemt de commissie de conclusie van het Zorginstituut, dat in geval van verzoeker geen sprake is van een passabiliteitsprobleem, over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de door hem gewenste aangezichtschirurgie ten laste van de zorgverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag hiervoor terecht heeft afgewezen.

7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 november 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.25 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. 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;
- d. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooiën;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel [B.30](#).

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstampuatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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 verslaptte 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.