

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202303785

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.,
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 1 mei 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 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 1 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 juli 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 30 juli 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024026024) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd nader onderzoek te verrichten. Een kopie van het advies is op 31 juli 2024 aan partijen gestuurd. Hierbij is verzoekster gevraagd om aanvullende informatie. Deze heeft zij op 21 augustus 2024 aan de commissie gezonden. Hiervan zijn kopieën aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd en hij is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 september 2024 hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 30 oktober 2024 aan verzoekster gezonden.
- 1.4. De commissie heeft het Zorginstituut bij brief van 6 september 2024 verzocht een voorlopig nader advies uit te brengen. Bij het verzoek heeft de commissie kopieën van de nagekomen stukken van partijen gevoegd. Het Zorginstituut heeft op 15 oktober 2024 zijn voorlopig nader advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 oktober 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.5. Verzoekster heeft op 6 november 2024 een aanvullend stuk aan de commissie gestuurd. Dit betreft de brief van de ziektekostenverzekeraar van 24 oktober 2023 die aan de huidtherapeut is gezonden.
- 1.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoekster zijn op 26 november 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig nader advies van 15 oktober 2024 aanpassing behoeft. Op 27 november 2024 heeft de commissie het e-mailbericht van verzoekster van 6 november 2024 met bijlage aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek dit mee te nemen in het definitieve advies. Bij brief van 5 december 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig nader advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast is het Zorginstituut ingegaan op een stelling van verzoekster ter zitting. Een kopie van het definitieve advies is op 9 december 2024 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen op het advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgBeter, TandBewust, Bril en lenzen module en Ongevallendeckking Fysio en Tand (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

2.2. Verzoekster is in transitie van man naar vrouw. In dat verband ondergaat zij epilatiebehandelingen van haar gelaat. De ziektekostenverzekeraar heeft haar hiervoor in 2023 tweemaal een machtiging verleend. Op 5 oktober 2023 heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een vervolgmachtiging voor behandelingen van elektrische epilatie en epilatie met behulp van laser van het gelaat.

2.3. Bij ongedateerde brief heeft de regiebehandelaar over verzoekster verklaard:

"Middels deze verklaring stelt de regiebehandelaar vast dat er sprake is van de volgende DSM-V classificatie(s) bij bovengenoemde persoon. Er wordt verwacht dat een logopedische behandeling en/of een ontharingsbehandeling een positieve bijdrage kan leveren aan het verminderen van de lijdensdruk die wordt veroorzaakt door Genderdysforie volgens DSM-V".

2.4. Bij ongedateerde brief heeft de behandelend huidtherapeut over verzoekster verklaard:

"Zowel lichte als donkere beharing in de baardstreek maar overwegend licht en rossig. Haargroei is dermate aanwezig dat de laserbehandelingen en aanvullende elektrische epilatie behandelingen tot op heden nog onvoldoende zijn gebleken. Dankzij de behandelingen is er een afname van haargroei, maar voor een meer definitief resultaat zijn er aanvullende behandelingen nodig. Lasertherapie is het meest gunstig gezien we hiermee alle donkere beharing binnen 1 behandeling kunnen raken. Hierdoor is de kans dat de haren die op het moment van behandelen in de goede fase zitten definitief worden verwijderd. Gezien de beharing overwegend lichte en rossige haren betreft zijn aanvullende behandelingen middels elektrische epilatie noodzakelijk. De laser kan deze niet met succes behandelen omdat het laserlicht zich richt op pigment. Elektrische epilatie kan dit wel, maar is een stuk meer tijdrovend. Tijdens de elektrische epilatie kunnen we helaas nooit alle haren binnen één behandeling behandelen gezien we hierbij haartje voor haartje te werk moeten gaan. Om deze reden bestaat er altijd een kans dat we haren behandelen in een verkeerde haarfase die helaas niet definitief verwijderd worden. Hierdoor zijn er gezien de mate van haargroei bij deze patiënt veel aanvullende behandelingen nodig om tot een gewenst resultaat te komen. Tevens is het zicht op het eindresultaat, een haarreductie van 70-80%, belangrijk voor de kwaliteit van leven van de patiënt."

De behandelend huidtherapeut heeft op 27 december 2023 verklaard dat er dankzij de behandelingen een afname is van haargroei. Voor een meer definitief resultaat zijn echter aanvullende behandelingen nodig.

Naar aanleiding van door de ziektekostenverzekeraar gestelde vragen heeft de behandelend huidtherapeut op 14 februari 2024 de volgende toelichting gegeven:

"1. Waarom onvoldoende resultaat is geboekt

Patiënt heeft overwegend last van grijze en rossige haren in de baardstreek wat de haren niet definitief onthaarbaar maakt middels lasertherapie, waar vrijwel altijd onze voorkeur naar uit gaat. Door de lasertherapie is de donkere beharing voor 80-90% verminderd.

De grijze en rossige haren zijn dus niet behandelbaar voor de lasertherapie waardoor we genoodzaakt zijn de behandelingen voort te zetten middels elektrische epilatie.

2. Waarom er sprake is van een uitzondering:

Omdat de beharing overwegend grijs en rossig van kleur [is], blijkt het behandeltraject van deze patiënt vele malen langer dan dit het geval is bij een patiënt die middels lasertherapie behandeld kan worden. Dit heeft er mee te maken dat we tijdens de elektrische epilatie helaas nooit alle haren binnen één behandeling kunnen behandelen gezien we hierbij haartje voor haartje te werk moeten gaan. Om deze reden bestaat er altijd een kans dat we haren behandelen in een verkeerde haarfase die niet definitief verwijderd worden op dat moment.

3. Waarom continuering van de ontharing nog zinvol zou zijn

Elektrische epilatie heeft bij deze patiënt afname van de grijze en rossige haren laten zien.

Gezien de mate van haargroei bij deze patiënt treedt er een schrikeffect op volgens het passabiliteitsprobleem. Dit tast de kwaliteit van leven van deze patiënt ontzettend aan. Hierdoor zijn er nog veel aanvullende behandelingen nodig om tot een gewenst resultaat te komen."

- 2.5. Bij brief van 27 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de behandelend huidtherapeut meegedeeld dat de aanvraag voor verlenging van de behandeling met elektrische epilatie en laser is afgewezen. Diezelfde dag is aan verzoekster een kopie van deze beslissing gestuurd.
- 2.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 15 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.7. Bij brief van 30 juli 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Het Zorginstituut heeft bij brief van 15 oktober 2024 een voorlopig nader advies uitgebracht aan de commissie.
- 2.9. Bij brief van 5 december 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 alsnog de kosten van de behandelingen met elektrische epilatie en laser van het gelaat over de periode van 6 oktober 2023 tot 1 januari 2024 aan haar moet vergoeden. Ook wil zij het door haar betaalde entreegeld van € 37,- vergoed krijgen. Daarnaast vordert verzoekster een schadeloosstelling van de ziektekostenverzekeraar van € 2.500,-.
- 3.2. Verzoekster heeft in het klachtenformulier van 19 december 2023 toegelicht dat zij in verband met genderdysforie haar gelaat laat ontharen met behulp van elektrische epilatie en laser. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor eerder een machtiging verleend. Zij had op dat moment 53 behandelingen vergoed gekregen. Hoewel de behandeling nog niet was afgerond, wil de ziektekostenverzekeraar geen vervolgmachtiging afgeven. Verzoekster vindt het bijzonder dat zij foto's heeft moeten overleggen van haar gelaat; in eerste instantie van een halve dag na het scheren en daarna van vier uur na het scheren. Zij merkt op dat een cis-vrouw haar gezicht

niet scheert, en dat is ook het streven van verzoekster. Verzoekster is van mening dat dit ook de richtlijn zou moeten zijn.

Zij voert verder aan dat de ziektekostenverzekeraar in de eerste beslissing heeft gesteld dat geen sprake was van een verminking. Dit is echter niet van belang, omdat verzoekster de behandelingen ondergaat vanwege haar transitie. In de tweede afwijzing spreekt de ziektekostenverzekeraar wel van laser/epilatie-behandelingen bij genderdysforie, maar is volgens hem geen sprake van een schrikeffect. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het doel van de behandeling een acceptabel resultaat is, maar dit is volgens verzoekster nog niet bereikt. Verzoekster merkt voorts op dat de ziektekostenverzekeraar de termijn voor de afhandeling van haar aanvraag meerdere keren heeft aangepast en ook verschillende foto's heeft opgevraagd. De spanning die dit geeft is niet goed voor de mentale gezondheid van verzoekster. Zij kan hierdoor niet meer werken en heeft zich daarom in december 2023 ziekgemeld.

- 3.3. In haar brief van 1 mei 2024, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verder nog aangevoerd dat zij bij de eerste aanvraag geen problemen heeft ondervonden. Bij de aanvraag voor de eerste verlenging wilde de ziektekostenverzekeraar ineens foto's hebben die waren genomen twee dagen nadat zij zich had geschoren. Bij de tweede aanvraag voor verlenging moest zij foto's meesturen die waren genomen 12 uur na het scheren. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar ook stukken van haar huidtherapeut gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag echter afgewezen, omdat zijns inziens geen sprake was van een schrikeffect als gevolg van een passabiliteitsprobleem.
- In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat er te weinig voortgang zou zijn bij de behandeling. Verzoekster merkt op dat zij weliswaar meer behandelingen nodig heeft, maar er wel degelijk vooruitgang wordt geboekt. Dit is bevestigd door de huidtherapeut. De ziektekostenverzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn standpunt een document van het Zorginstituut uit 2018 meegestuurd, maar de regelgeving op het gebied van de onderhavige zorg was toen anders. Daarnaast had de betreffende zorgaanbieder een heel andere werkwijze dan de zorgaanbieder bij wie verzoekster onder behandeling is. Bovendien is verzoekster geïndiceerd door een erkend genderteam dat werkt volgens geprotocolleerde diagnostiek. De disciplines werken nauw samen en daarom wordt voldaan aan de SOC (2011) van de WPATH. Er kan in het geval van verzoekster dus worden gezegd dat zij vanuit het passabiliteitprobleem is aangewezen op elektrische ontharing en laserontharing. Daarnaast kan bij verzoekster niet afdoende resultaat worden behaald met scheren, harsen of make-up. Harsen is voor verzoekster geen optie, omdat het te pijnlijk is. Verder zou zij zich zeer regelmatig moeten scheren om het gewenste resultaat te krijgen. En met make-up kan zij de haren niet wegwerken, omdat zij dan zeer veel make-up zou moeten gebruiken. Dit is niet goed voor haar huid en daarnaast vindt zij dit niet prettig en ook niet mooi.
- Verzoekster merkt nog op dat zij per 1 januari 2024 is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Deze verzekeraar vergoedt de ontharingsbehandelingen wel.
- 3.4. Daarnaast gevraagd heeft verzoekster op 21 augustus 2024 foto's aan de commissie gestuurd. Deze zijn net na het scheren en 24 uur later genomen.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn afwijzing is uitgegaan van een onjuist toetsingskader. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn afwijzing namelijk op het Pakketadvies van het CVZ (de voorganger van het Zorginstituut) van 27 maart 2007. In 2008 het het CVZ echter het document *'Epilatie bij transseksuelen van perineo-scrotaal, vaginaal gebied en gezicht en hals is een te verzekeren prestatie; romp en ledematen in de regel niet'* uitgebracht. Hiermee is de paragraaf betreffende epilatie uit voornoemd document uit 2007 vervangen. Door te verwijzen naar het verkeerde document heeft de ziektekostenverzekeraar verwarring veroorzaakt bij verzoekster.
- Het Zorginstituut heeft zijn beoordeling gebaseerd op hoofdstuk 14 van de VAV-Werkwijzer. Echter, hierbij is gebruik gemaakt van een set extra foto's die verzoekster recent heeft aangeleverd, namelijk op 5 juni 2024, terwijl zij destijds in oktober 2023 foto's had overgelegd aan de ziektekostenverzekeraar. In de tussentijd hebben zo'n 30 behandelingen van een uur plaatsgevonden en hierdoor is veel vooruitgang geboekt.

Verzoekster merkt op dat de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de gevraagde zorg niet doelmatig is, maar heeft dit niet dan wel onvoldoende onderbouwd. Zij wijst erop dat de behandelend huidtherapeut heeft verklaard dat de behandeling noodzakelijk was. Daarnaast hebben de 30 behandelingen die verzoekster daarna heeft ondergaan, en waarvan de kosten zijn vergoed door haar nieuwe zorgverzekeraar, een enorm verschil gemaakt. Er was bij de nieuwe foto's dus niet meer sprake van dezelfde situatie als ten tijde van de aanvraag.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak meer heeft op vergoeding van ontharingsbehandelingen van haar gelaat met behulp van elektrische epilatie en laser. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 27 november 2023 aangevoerd dat alleen aanspraak bestaat in geval van verminking. Hiervan is volgens de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster geen sprake.
- 4.2. In de heroverweging van 15 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat bij verzoekster geen sprake is van een schrikeffect als gevolg van een passabiliteitsprobleem. Net zoals bij cis-vrouwen zijn andere behandelingen voorliggend, zoals harsen, epilieren, bleken en scheren. Er bestaat geen aanspraak meer op vergoeding als niet meer wordt voldaan aan het passabiliteitsprobleem. Het doel van de behandeling is een acceptabel resultaat. Een trans- of cis-vrouw komt niet in aanmerking voor vergoeding van definitieve en totale verwijdering van gezichtsbehairing.
- 4.3. In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 11 maart 2024, licht de ziektekostenverzekeraar toe dat aan verzoekster in eerste instantie een machtiging is verleend voor de periode van 1 januari 2023 tot en met 29 september 2023. In deze periode zijn 53 behandelingen vergoed. Vervolgens is op 25 augustus 2023 een machtiging verleend voor 20 extra behandelingen. Op 1 november 2023 is het verzoek ontvangen om voornoemde machtiging te verlengen. Dit verzoek is afgewezen, omdat alleen aanspraak bestaat op ontharing van het gelaat als sprake is van een passabiliteitsstoornis (verminking). In het geval van transgenderzorg wordt het passabiliteitsprobleem beschreven als een schrikeffect door overmatige gelaatsbehairing, die niet kan worden verholpen door niet-permanente ontharingsmethoden, namelijk scheren, harsen en bleken. Bij baard- en snorbehairing kan in beginsel niet worden gesproken van een passabiliteitsprobleem, maar dit kan in extreme gevallen wel zo zijn. De reden hiervoor is dat de eerder genoemde niet-permanente ontharingsmethoden doorgaans een afdoende resultaat hebben.
De VAV-Werkwijzer stelt dat met de behandeling een afdoende resultaat is bereikt, als met de niet-permanente ontharingsmethoden het schrikeffect wordt verholpen. Het doel van de behandeling is niet de definitieve en totale verwijdering van gezichtsbehairing. Hiervoor komen cis-vrouwen immers ook niet in aanmerking.
De beoordeling van een passabiliteitsprobleem wordt gedaan aan de hand van foto's van de baard- en snorbehairing kort na het scheren en een dag na het scheren. Het Zorginstituut heeft op 4 april 2019, in dossier 201801138 van de SKGZ, een aanvullende uitspraak gedaan om te verduidelijken hoe aan de hand van deze foto's kan worden beoordeeld of niet-permanente ontharingsmethoden een afdoende resultaat zullen hebben. Uit de foto's van de baard- en snorbehairing van verzoekster blijkt niet dat sprake is van een extreem geval. De ziektekostenverzekeraar is daarom van oordeel dat niet kan worden gesproken van een passabiliteitsprobleem en dat niet-permanente ontharingsmethoden in haar geval voldoende resultaat bieden.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 1 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor epilatie. In reactie op de stellingen van verzoekster over de termijnen van afhandeling van de aanvraag en de opgevraagde foto's heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende toegelicht. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 september 2023 de aanvraag ontvangen voor verlenging van de machtiging. Op dat moment waren 9 behandelingen van de eerste machtiging nog niet

verbruikt. Daarom is telefonisch contact opgenomen met de zorgaanbieder. In dit gesprek is besproken dat de aanvraag van 7 september 2023 komt te vervallen en dat bij een eventuele toekomstige aanvraag nieuwe foto's ter beoordeling moeten worden gevoegd. Op 5 oktober 2023 ontving de ziektekostenverzekeraar de nieuwe aanvraag. De medisch adviseur heeft vastgesteld dat op de foto's bij die aanvraag meer baardgroei aanwezig is dan bij de eerdere aanvraag. En omdat bij de eerdere aanvraag niet was vermeld binnen welk tijds kader de meegezonden foto's waren gemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar op 24 oktober 2023 om nieuwe foto's verzocht. Er zijn geen termijnen aangepast of andere voorwaarden aan de foto's gesteld, aldus de ziektekostenverzekeraar.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 september 2024 gereageerd op de door verzoekster op 21 augustus 2024 toegestuurde foto's. Deze foto's werpen volgens de ziektekostenverzekeraar geen nieuw licht op de onderhavige kwestie. Hij blijft van mening dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van een epilatiebehandeling
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat bij verzoekster ten tijde van de aanvraag niet meer kon worden gesproken van een passabiliteitsprobleem. Dit is beoordeeld aan de hand van de criteria zoals die zijn genoemd in de VAV-Werkwijzer. Voor zover verzoekster stelt dat de foto's die aan het Zorginstituut zijn gestuurd een vertekenend beeld geven, stelt de ziektekostenverzekeraar dat het op de weg van verzoekster lag om aannemelijk te maken dat zij voldeed aan de voorwaarden. Door de behandeling voort te zetten nam zij het risico dat de situatie niet meer goed kon worden beoordeeld. Zowel voor de indicatie als voor de doelmatigheid geldt dat het aan betrokkene is om aan te tonen dat is voldaan aan de voorwaarden.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 juli 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Passabiliteitsprobleem

Het recht op vergoeding van elektrische epilatie stopt als geen sprake meer is van een passabiliteitsprobleem.

Het dossier bevat twee foto's van slechte kwaliteit. Op de ene foto is het gelaat zichtbaar vanaf de linkerwang. Op de andere foto is het gelaat zichtbaar vanaf de rechterwang. Het dossier bevat geen foto's van het hele gezicht. Het passabiliteitsprobleem wordt beoordeeld aan de hand van foto's van het gehele gelaat. Daarnaast is niet duidelijk hoe lang de foto's na het scheren zijn genomen. Op basis van de beschikbare foto's is niet vast te stellen of nog steeds sprake is van een passabiliteitsprobleem en (dus) van een verminking.

Het geschil heeft ook betrekking op de doelmatigheid van zorg. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van aanvullende elektrische epilatie behandelingen dient de volgende informatie te worden toegevoegd aan het dossier:

- foto's van het hele gelaat kort na het scheren;
- foto's van het gehele gelaat 24 uur na het scheren."

- 5.2. In het voorlopig nader advies van 15 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Aanvullende informatie

In reactie op het voorlopig advies d.d. 30 juli 2024 van het Zorginstituut heeft verzoekster aanvullende foto's aangeleverd. De ontvangen stukken bevatten meerdere foto's van delen van het gezicht en het gehele gezicht van verzoekster. De foto's zijn direct na het scheren en 24 uur na het scheren genomen.

(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het recht op vergoeding van elektrische epilatie stopt als geen sprake meer is van een passabiliteitsprobleem.

De aanvullende foto's zijn scherp en goed te beoordelen. Tenminste vijf foto's zijn net na het scheren genomen en minimaal vijf foto's zijn 24 uur na het scheren genomen. Op de foto's net na het scheren zijn de wangen glad, het gelaat is in zijn geheel vrouwelijk en roept geen schrikreactie op. Op de foto's van 24 uur na het scheren is er een lichte baardgroei te zien. Dit is te zien op de kin, in de hals en op de kaakrand. Deze haargroei is weinig opvallend. Als naar het gehele gelaat 24 uur na het scheren wordt gekeken roept ook deze haargroei geen schrikreactie op. Hieruit volgt dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem en derhalve ook niet van verminking.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor aanvullende elektrische epilatiebehandelingen, aangezien geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van aanvullende epilatiebehandelingen ten laste van de basisverzekering."

- 5.3. In het definitief advies van 5 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"U vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoekster dat de foto's, die zij op verzoek van het Zorginstituut heeft ingebracht, zijn genomen op een moment ruim na het moment van de aanvraag, en dat zij in de tussenliggende periode nog 30 behandelingen heeft ondergaan.

Het Zorginstituut kon in eerste instantie op basis van de beschikbare informatie in het initiële dossier niet beoordelen of bij verzoekster nog steeds sprake was van een passabiliteitsprobleem. Het dossier bevatte namelijk geen foto's van het gehele gelaat. Daarnaast was niet duidelijk hoe lang de foto's na het scheren waren genomen. Op basis van de beschikbare foto's was derhalve niet vast te stellen of nog steeds sprake is van een passabiliteitsprobleem en (dus) van verminking. Het Zorginstituut verzocht om foto's van het hele gelaat, kort na het scheren en 24 uur na het scheren.

Aan de hand van de daarop door verzoekster ingebrachte foto's heeft het Zorginstituut beoordeeld dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie had voor aanvullende elektrische epilatiebehandelingen, aangezien geen sprake was van een passabiliteitsprobleem. Dat verzoekster in de tijd tussen de aanvraag en de nieuwe foto's 30 behandelingen heeft ondergaan, kan het Zorginstituut niet bij de beoordeling betrekken. Het Zorginstituut baseert de beoordeling op basis van de beschikbare informatie in het dossier en kan niet beoordelen of sprake was van een (verzekerings)indicatie ten tijde van de aanvraag wanneer er geen foto's van het gehele

gelaat bijgevoegd waren en van de overige foto's onduidelijk was hoe lang deze na het scheren zijn genomen."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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.

Zorgverzekering

- 7.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor permanente ontharing van het gelaat door middel van elektrische epilatie en laser. Dit is een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat behandelingen van plastisch chirurgische aard kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hiervoor gelden voorwaarden, die staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel 18.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 1 en 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn niet op de situatie van verzoekster van toepassing. De commissie toetst daarom alleen aan onderdeel 2 van de bepaling, waarin de verzekeringsindicatie verminking is opgenomen. In de VAV-Werkwijzer wordt beschreven wat wordt bedoeld met verminking. De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan en stelt dan ook vast dat het criterium verminking, anders dan verzoekster stelt, een relevant toetsingskader vormt voor discussies als de onderhavige.
- 7.3. De commissie overweegt dat het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CvZ) op 22 september 2008 een standpunt heeft ingenomen over onder andere epilatie van de baard in het gezicht en de hals. Het CvZ is daarbij tot de conclusie gekomen dat baardgroei in het gezicht bij een man-vrouw transgender kan worden aangemerkt als verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Verminking in het kader van epilatie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw bestaat in geval van een passabiliteitsprobleem. De definitie hiervan is opgenomen in het standpunt van het CvZ van 22 maart 2010, genaamd: 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de AWBZ en de Wmo'. Het standpunt luidt, voor zover hier van belang: *"Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd en niet respectvol reageren"*. In de praktijk betekent dit voor gelaatsontharing dat moet worden vastgesteld of er door de overmatige beharing sprake is van een schrikeffect, conform het passabiliteitsprobleem. De commissie stelt vast dat voor de beoordeling van het schrikeffect niet de beleving van betrokkene relevant is, maar die van de - willekeurige - voorbijganger.
- 7.4. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut aan de commissie van 30 juli 2024 blijkt dat het Zorginstituut het passabiliteitsprobleem beoordeelt aan de hand van foto's van het gehele

gelaat. Aangezien dergelijke foto's niet in het dossier aanwezig waren, heeft het Zorginstituut geadviseerd om deze alsnog op te vragen. Dat is gebeurd, waarna verzoekster de gevraagde foto's heeft overgelegd. Het Zorginstituut heeft deze foto's beoordeeld. In het voorlopig nader advies van 15 oktober 2024 overweegt het Zorginstituut dat de wangen van verzoekster net na het scheren glad zijn. Op de foto's van 24 uur na het scheren is een lichte baardgroei te zien op de kin, in de hals en op de kaakrand. Deze haargroei is weinig opvallend. Als naar het gehele gelaat 24 uur na het scheren wordt gekeken, roept ook deze haargroei geen schrikreactie op. Hieruit volgt dat geen sprake (meer) is van een passabiliteitsprobleem en dus ook niet van verminking, aldus het Zorginstituut. De commissie ziet geen reden om van die conclusie af te wijken en neemt deze over. Dat de nieuwe zorgverzekeraar de desbetreffende kosten wel vergoedt, zoals verzoekster heeft gesteld, leidt niet tot een ander oordeel. De commissie is gevraagd een oordeel te geven over onderhavig geschil, op basis van de stukken die zij heeft ontvangen. Daarbij speelt de nieuwe zorgverzekeraar geen rol.

- 7.5. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat een cis-vrouw haar gezicht niet scheert, en dat dit ook haar streven is. Hoewel de commissie begrip heeft voor dit streven van verzoekster, rust op de commissie de taak om te beoordelen of binnen de kaders van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de aangevraagde behandeling voor permanente ontharing van het gelaat. Zoals in onderdeel 7.4 is geconcludeerd, is dit bij verzoekster niet (meer) het geval. Dit betekent dat, voor zover het de zorgverzekering betreft, de aanvraag terecht werd afgewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan op grond van deze verzekering het verzoek niet worden toegewezen.

Schadeloosstelling

- 7.7. Verzoekster heeft de commissie verzocht om toekenning van een schadevergoeding van € 2.500,- en vergoeding van het door haar betaalde entreegeld van € 37,-. De commissie overweegt dat de vordering tot schadevergoeding niet is onderbouwd. Nu het verzoek tot vergoeding van de behandeling van elektrische epilatie en laser van het gelaat wordt afgewezen, bestaat voor toekenning van het gevorderde bedrag bovendien geen grond. Hetzelfde geldt voor de gevorderde vergoeding van het betaalde entreegeld. Deze beide onderdelen van het verzoek worden daarom afgewezen.

Handelwijze ziektekostenverzekeraar

- 7.8. Verzoekster heeft daarnaast bezwaar gemaakt tegen het opvragen van foto's door de ziektekostenverzekeraar nadat zij de tweede en derde aanvraag had ingediend. De commissie overweegt dat het uitgangspunt op basis van de wet en de jurisprudentie is dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van de op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Tegen deze achtergrond lag het op de weg van verzoekster om te stellen en voldoende aannemelijk te maken dat zij ten tijde van de aanvraag voldeed aan de vergoedingsvoorwaarden om aanspraak te kunnen maken op verdere behandeling door middel van elektrische epilatie en laser van het gelaat. In dat licht bezien mocht de ziektekostenverzekeraar haar dus vragen om foto's, waaruit het bestaan van verminking, in de vorm van een passabiliteitsprobleem, blijkt. Dat hij dit bij de eerste aanvraag niet had gedaan, leidt niet tot een ander oordeel.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2025,

B.L.A. van Drunen

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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

2. Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

Je ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet je aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heb je recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kun jij of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor je eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- je een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift hebt overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- je een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank hebt overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- je van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

- Bij mechanische beademing in de thuissituatie heb je recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

Je hebt voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts of KNO-arts. Op mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend heb je recht volgens artikel 18.18 en 18.19. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien of een klinisch fysicus audioloog mag verwijzen naar de KNO-arts. Voor bepaalde aanvragen van laboratoriumonderzoek mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Je hebt recht op verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.18 en 18.19 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Je hebt ook recht op de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

Je hebt recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 82,- per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Je hebt recht op medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Je hebt ook recht op de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder heb je recht op medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist almede de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

IVF (in-vitrofertilisatiepoging) of ICSI (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendonatie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Je hebt recht op deze zorg als je een vrouw bent tot je 43ste jaar, de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Je hebt ook recht op de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na IVF, geldt als nieuwe eerste poging. Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF-poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF-poging wordt aangemerkt. Tot je 38ste jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal één embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Vanaf je 38ste tot je 43ste jaar is het bij alle drie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen nodig is. Een IVF-poging die is gestart voor je 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Je hebt geen recht op:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Onder een doorgaande zwangerschap wordt verstaan een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie (in geval van niet-ingevroren embryo's) of een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie van het ingevroren embryo (indien het om ingevroren embryo's gaat);
- eerste en tweede IVF-poging tot je 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Je hebt geen recht op behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Je hebt recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstampuatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelen;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als je deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Je hebt onder andere geen recht op:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld gender-team in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Second Opinion

Je hebt recht op een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts/medisch specialist gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts/medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is.

De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>.

18.18 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Je hebt recht op de hieronder genoemde zorg:

- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen;

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, 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 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.

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.