



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, voorhoofdsplastiek via bicoronale, pretrichiale benadering met haarlijncorrectie in combinatie met een wenkbrauwlift, kinplastiek, man-vrouw transgender, indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202100543
Zittingsdatum : 1 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. A.I.M. van Mierlo)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 februari 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 juni 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 19 juli 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021025975) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 20 juli 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 september 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 6 september 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en kan om die reden verder onbesproken blijven.
- 3.2. Op 25 november 2019 heeft de behandelend MKA-chirurg ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een (i) voorhoofdsplastiek via bicoronale, pretrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. een wenkbrauwlift en een (ii) kinplastiek, met aanpassen mandibula onderrand t/m kaakhoeken.
- 3.3. De behandelend MKA-chirurg heeft in de voornoemde aanvraag over verzoekster verklaard: *"(...) Bovengenoemde patiënte [naam en geboortedatum], bezocht onze polikliniek mond-, kaak- en aangezichtschirurgie met verzoek tot feminisatie van het gelaat. Patiënte is sinds 2018 bekend bij het genderteam in het UMCG in verband met man-naar-vrouw genderdysforie en heeft de Real Life Event succesvol doorlopen.*

Zij leeft nu al enige tijd als vrouw. Desondanks is mevrouw erg onzeker over de nog aanwezige mannelijke trekken in het gelaat. Hierdoor is patiënte regelmatig slachtoffer van discriminatie en verbaal geweld, waardoor klachten van angst en depressiviteit en patiënte ernstig beperkt wordt in haar dagelijks functioneren.

Derhalve is faciale feminisatie belangrijk in het kader van de passabiliteit en hierin het psychosociale en economisch functioneren als vrouw voor [verzoekster], hetgeen los staat van de geslachtsaanpassende operatie die zij nog zal ondergaan.

Bij onderzoek vallen als mannelijke kenmerken op: frontal bossing en geprononceerde wenkbrauwrichels en mannelijke haarlijn. Tevens is de kin hoekig en duidelijk aanwezig evenals haar kaakhoeken. (...)"

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 december 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 9 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 19 juli 2021 heeft het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie verklaard:
"(...) Beoordeeld moet worden of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een osteotomie. Daarvoor moet sprake zijn van een passabiliteitsprobleem. Dit staat los van een eventueel aan te bevelen verdere psychologische/psychiatrische behandeling.

In het dossier zijn enkele, niet scherpe, foto's aanwezig en vier ingevulde 'uiterlijke kenmerken lijsten'. Kin, kaken en voorhoofd staan hierin als 'vrij mannelijk' of 'heel mannelijk' aangekruist. Deze lijsten zijn allen ingevuld door artsen en dus niet ingevuld vanuit verschillende (professionele) invalshoeken zoals aanbevolen in het standpunt van 2010 waarin het Zorginstituut heeft aangegeven dat zorgverzekeraars bij het beoordelen van een aanvraag gebruik kunnen maken van de uiterlijke kenmerkenlijst.

Uiterlijke kenmerkenlijst

In het standpunt van 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 pasabiliteitsprobleem. De gelaatskenmerken waar het voornamelijk om draait zijn kin, neus, kaak/kaaklijn en voorhoofd.

Passabiliteitsprobleem verzoekster

De behandelend MKA-chirurg onderbouwt het bestaan van een passabiliteitsprobleem in de aanvraag beperkt. Als reden voor de aanvraag wordt aangegeven: "Zij leeft nu al enige tijd als vrouw. Desondanks is mevrouw erg onzeker over de nog aanwezige mannelijke trekken in het gelaat. Hierdoor is patiënte regelmatig slachtoffer van discriminatie en verbaal geweld, waardoor klachten van angst en depressiviteit en patiënte ernstig beperkt wordt in haar dagelijks functioneren. Derhalve is faciale feminisatie belangrijk in het kader van de passabiliteit en hierin het psychosociale en economisch functioneren als vrouw voor [verzoekster], hetgeen los staat van de geslachtsaanpassende operatie die zij nog zal ondergaan."

Daarbij geeft de MKA-chirurg aan welke mannelijke kenmerken opvallen maar wordt niet aangegeven op welke manier de aangevraagde ingreep leidt tot verbetering van het passabiliteitsprobleem. Ook na de afwijzing van verweerder wordt de aanvraag niet verder onderbouwd door de MKA-chirurg, zij schrijft n.a.v. de afwijzing in een ongedateerde brief: "Vanwege de mannelijke kenmerken van het gelaat bij patiënte is passabiliteit absoluut niet mogelijk. Patiënte herhaaldelijk slachtoffer van (verbaal) geweld en discriminatie, waardoor negatieve gevolgen op psychosociaal en economisch gebied, waardoor een enorme lijdensdruk bestaat bij cliënte."

Verder is relevant dat verzoekster in november 2020 gezien is door een medisch adviseur van verweerder. Verweerder heeft het dossier van verzoekster door zes medisch adviseurs laten beoordelen. Onafhankelijk van elkaar kwamen zij tot het oordeel dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Hierbij zijn de aangeleverde ingevulde 'uiterlijke kenmerken lijsten' betrokken.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem. De aanvraag van behandelend MKA-chirurg bevat daarvoor onvoldoende informatie. Ook op basis van de informatie van verweerder, kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster is derhalve niet redelijkerwijs aangewezen op een osteotomie. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een machtiging te verstrekken voor de aangevraagde ingrepen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. 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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.


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 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.


- 6.2. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag in ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een (i) voorhoofdsplastiek via bicoronale, pretrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. een wenkbrauwlift en een (ii) kinplastiek, met aanpassen mandibula onderrand t/m kaakhoeken. Dit zijn behandelingen van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt dekking voor plastische chirurgie als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Verzoekster ondervindt geen fysieke klachten van de te corrigeren lichaamsdelen, 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. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.
- 6.3. Verzoekster wijst op het standpunt van het CVZ van 22 maart 2010. Hieruit leidt zij af dat aangezichtschirurgie een verzekerde prestatie is, wanneer sprake is van een passabiliteitsprobleem dat zich voordoet 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 zijn dan wel niet-respectvol reageren. Verzoekster stelt dat deze passabiliteitsproblemen bij haar aan de orde zijn en dat zij in de praktijk wordt gezien als man of wordt uitgescholden als 'transgender' of 'homo'. Hierdoor vertoont verzoekster zich niet graag in het openbaar, wordt zij eenzaam, raakt zij geïsoleerd en vindt zij het moeilijk sociale contacten te onderhouden. Verder wijst verzoekster erop dat uit het genoemde standpunt volgt dat de behandelend arts bepaalt of het mogelijk en nodig is door middel van aangezichtschirurgie het uiterlijk op de gewenste wijze te veranderen. In geval van verzoekster is een en ander vastgesteld door de behandelend chirurg die het mogelijk acht de passabiliteit te verbeteren door middel van de gevraagde ingrepen. Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing onvoldoende heeft onderbouwd. Onduidelijk is welke 'deskundigen' zijn betrokken bij de beoordeling van de aanvraag, over welke kwalificaties zij beschikken en wat hun bevindingen zijn. Om deze redenen kan de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet worden gevolgd.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het gelaat van verzoekster volgens hem niet leidt tot een passabiliteitsprobleem. Dit is in ieder geval niet gebleken tijdens het spreekuur bij zijn medisch adviseur. Daarnaast zijn ook andere medisch adviseurs onafhankelijk van elkaar tot het oordeel gekomen dat van een dergelijk probleem geen sprake is. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast aangevoerd dat niet is onderbouwd waarom alle ingrepen nodig zijn om het passabiliteitsprobleem te verhelpen. Verder wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat in het door verzoekster aangehaalde standpunt van het CVZ is opgenomen dat aan de hand van een zogenoemde 'uiterlijke kenmerkenlijst' kan worden beoordeeld of sprake is van een passabiliteitsprobleem. Deze lijst dient dan echter wel te zijn ingevuld vanuit verschillende (professionele) invalshoeken. Dat is in geval van verzoekster niet gebeurd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar betwist dat hij zijn afwijzende beslissing onvoldoende heeft onderbouwd. In dit verband verwijst hij naar de brief die op 1 december 2020 aan verzoekster is gezonden. Hierin wordt beschreven dat de aanvraag en het onderliggende dossier door zes medisch adviseurs onafhankelijk van elkaar zijn beoordeeld en wat hun bevindingen zijn.

Overwegingen


- 6.5. Het Zorginstituut heeft in het advies van 19 juli 2021 verklaard dat hij signalen heeft ontvangen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waaruit blijkt dat de uiterlijke kenmerkenlijst - die als hulpmiddel wordt gebruikt om te beoordelen of sprake is van een passabiliteitsprobleem - in de praktijk niet meer goed toepasbaar blijkt en om die reden niet meer wordt gebruikt. Volgens het Zorginstituut dient dan ook de motivering van de behandelaar, ondersteund met beeldmateriaal, als uitgangspunt worden genomen voor het vaststellen van een passabiliteitsprobleem. Hierbij merkt het Zorginstituut op dat daarbij van belang is dat in de aanvraag duidelijk wordt omschreven waarom er sprake is van een passabiliteitsprobleem, wat het probleem veroorzaakt en op welke manier de aangevraagde ingreep of ingrepen zullen leiden tot verbetering van de passabiliteit.



Het Zorginstituut vervolgt het advies met de constatering dat de behandelend specialist het bestaan van een passabiliteitsprobleem beperkt heeft onderbouwd in de aanvraag en in het bezwaarschrift gericht aan de ziektekostenverzekeraar. Weliswaar is beschreven welke mannelijke kenmerken opvallen, maar er is niet beschreven op welke manier de gevraagde ingrepen leiden tot een verbetering van een eventueel passabiliteitsprobleem. Daarbij neemt het Zorginstituut tevens in aanmerking dat de ziektekostenverzekeraar het dossier van verzoekster door meerdere medisch adviseurs heeft laten beoordelen en deze onafhankelijk van elkaar tot de conclusie zijn gekomen dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Volgens het Zorginstituut heeft verzoekster het tegendeel niet aannemelijk gemaakt en bestaat om die reden geen aanspraak op de gevraagde ingrepen op grond van de zorgverzekering. In hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, ziet de commissie geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Om die reden neemt de commissie de conclusie uit dit advies over.




6.6. Het standpunt van verzoekster, dat de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende is onderbouwd, kan de commissie niet volgen. In dit verband overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 1 december 2020 voldoende duidelijk heeft toegelicht op welke wijze hij tot zijn beslissing is gekomen. Naar aanleiding van hetgeen door de vertegenwoordiger van verzoekster ter zitting naar voren is gebracht, te weten dat de wijze van beoordeling door de ziektekostenverzekeraar niet voldoende transparant zijn geweest, bestaat bij de commissie de indruk dat de vertegenwoordiger onbekend was met de eerder genoemde brief. Hieraan doet overigens niet af dat het betoog van de vertegenwoordiger van verzoekster ter zitting op dit punt, juist gelet op de uiteenzetting in voornoemde brief, faalt.



6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 8 september 2021,



A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 215 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 125: € 250 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 17,50: € 35 per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	<hr/> € 215 per dag Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 215 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	Ja. De eigen bijdrage is € 370,73 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,40 per uur.

Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- Zorg door een trombosedienst
- Second opinion door een medisch specialist
U heeft hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al heeft besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling.
- Dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur
- Begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Tot oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische dissectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;

- i. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
 2. niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering op onze website.

U heeft geen recht op:

- a. Behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek
- b. Behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- c. Behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw)
- d. Behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm
- e. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysisch audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Brengt de gynaecoloog aangesloten bij de IGO voor verloskundige zorg een apart tarief in rekening op grond van een NZa-beleidsregel? Dan vergoeden wij de nota tot maximaal de in Nederland geldende marktprijs.

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

- Oogheelkunde:** Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.
- KNO-heelkunde:** Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- Heelkunde:** Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- Dermatologie:** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard heeft u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Extra informatie

1. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
2. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

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 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 gehemeltaspleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.