

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202301244

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van aangezichtschirurgie, bestaande uit een endoscopische voorhoofdslift, wenkbrauwlift, en een osteotomie, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de aangevraagde behandeling terecht is afgewezen, omdat bij verzoekster geen sprake is van verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem.
- 1.2. De commissie overweegt dat behandelingen van plastisch chirurgische aard, zoals de aangevraagde aangezichtschirurgie, kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Hiervoor gelden voorwaarden, onder andere dat een verzekeringsindicatie aanwezig moet zijn, waarbij het in dit verband gaat om verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. Uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie blijkt dat hiervan geen sprake is. Dit leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde aangezichtschirurgie, bestaande uit een endoscopische voorhoofdslift, wenkbrauwlift en osteotomie. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 12 maart 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 april 2024 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 8 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 mei 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 24 juni 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024019676) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 juni 2024 aan partijen gestuurd.

- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 29 juli 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 juni 2024 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie vragen gesteld. Bij brief van 16 augustus 2024 heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is, eveneens op 16 augustus 2024, aan partijen gestuurd waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket, Herverzekeren (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is in transitie van man naar vrouw. Namens verzoekster is op 3 april 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een endoscopische voorhoofds-wenkbrauwlift. Bij brief van 6 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde zorg niet wordt vergoed.
- 3.3. Op 11 april 2023 heeft verzoekster om heroverweging van deze beslissing gevraagd en op 18 april 2023 is namens haar aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Met zijn brief van 21 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat hij zijn beslissing van 6 april 2023 handhaaft. Daarnaast heeft hij met zijn brief van 26 april 2023 aan verzoekster meegedeeld dat een endoscopische voorhoofdslift niet wordt vergoed.
- 3.4. Op 10 mei 2023 is namens verzoekster een aanvraag ingediend voor een osteotomie. Met zijn brief van 17 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat deze aanvraag niet wordt goedgekeurd.
- 3.5. Bij brief van 24 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 16 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van aangezichtschirurgie, bestaande uit een endoscopische voorhoofdslift, wenkbrauwlift, en een osteotomie, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster toegelicht dat zij twee meter lang is, breed en 120 kilogram weegt. Verzoekster is bekend met genderdysforie en de aangevraagde behandeling is bedoeld om dit te behandelen. Zij ziet in de spiegel nog steeds de man die zij was. Zij wordt bovendien regelmatig door vreemden als man aangesproken.

- 4.3. Verzoekster heeft een brief van haar behandelend plastisch chirurg overgelegd waarin hij stelt dat aangezichtschirurgie belangrijk is bij het bevorderen van de passabiliteit. Verder licht hij hierin toe dat "Voor alle zorgvormen die als te verzekeren prestaties in de wet zijn genoemd, geldt dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij wordt gekeken naar literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Voor behandelingen van plastisch chirurgische aard gelden aanvullende voorwaarden. Dergelijke behandelingen komen voor vergoeding in aanmerking als de behandelingen zijn bedoeld ter correctie van onder meer (1) afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en (2) verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (3) uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit. Alleen primaire uiterlijke geslachtskenmerken vallen onder deze laatste categorie. Bij behandeling van secundaire uiterlijke geslachtskenmerken, zoals in het gelaat, moet sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. In geval van aangezichtschirurgie bij transpersonen dient te zijn voldaan aan het verminkingscriterium. Dit criterium is door het Zorginstituut (voorheen: College van Zorgverzekeringen) toegelicht in een standpunt uit 2010. Hierin is het volgende opgemerkt: "Bij de toetsing van ingrepen bij transseksuelen aan het criterium verminking komt het erop neer dat bekeken zal moeten worden of het uiterlijk van de transseksueel na de geslachtsveranderende operatie zo extreem mannelijk, respectievelijk vrouwelijk is dat dit bij vrouwen respectievelijk mannen in het algemeen niet voorkomt en in het dagelijks leven zo opvallend is dat er bij derden een schrik-effect ontstaat" en "een geslachtsverandering is geslaagd te noemen als de persoon die dit heeft ondergaan zodanig wordt geaccepteerd door de maatschappij dat het leven in het gewenste andere geslacht niet tot beperkingen leidt." Bij deze beoordeling wordt de analogie getrokken met reacties van voorbijgangers op iemand met brandwonden of vitiligo in het gelaat (deze worden aangemerkt als verminking en vallen daarmee onder dekking van de zorgverzekering). Daaraan is door het Zorginstituut toegevoegd dat als er een passabiliteitsprobleem bestaat, de geslachtsverandering in feite is mislukt. In 2021 hebben Zorgverzekeraars Nederland en de VAV Werkgroep plastische chirurgie samen met het Zorginstituut aan een aanpassing van het beoordelingskader gewerkt. Hieruit blijkt dat het aan de specialist is om te motiveren waarom chirurgie tot een verbetering van het passabiliteitsprobleem zal leiden. Opvallend in deze discussie is de aanname dat passabiliteit in relatie tot aangezichtschirurgie uitgaat van de omgeving en niet van de verzekerde zelf. Bij alle andere zorg gerelateerd aan de diagnose genderdysforie is het lijden van de verzekerde zelf ten gevolge van een lichaam dat niet past bij diens genderidentiteit van centraal belang. Als deze verandering van perceptie van passabiliteit wordt gehanteerd, zou een meer liberaal patroon van honorering van zorg gepast zijn. De reden hiervoor is dat als willekeurige personen elkaar voor het eerst ontmoeten, onbewust in een oogopslag wordt ingeschat of iemand man of vrouw is. Dit gebeurt niet door te kijken naar iemands kruis of borstkas, maar door te kijken naar iemands gelaat. Aangezichtschirurgie kan dus bepalend zijn bij het vergroten van de passabiliteit. Er zou daarom niet langer op individuele basis moeten worden gezocht naar een juiste argumentatie voor aangezichtschirurgie".
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij verschillende behandelingen heeft ondergaan die verband hielden met genderdysforie en niet met passabiliteit. Voor verzoekster is het niet van belang hoe anderen haar zien. Het is vervelend om met meneer te worden aangesproken, maar dat is niet de reden om de aangevraagde behandeling te ondergaan. Het gaat haar om het behandelen van haar genderdysforie. Zij wil zichzelf in de spiegel zien als vrouw. De aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat haar uiterlijk volgens hem neutraal oogt. Dat de ziektekostenverzekeraar mag discrimineren op basis van iemands uiterlijk en beslist of een behandeling mag doorgaan, is asociaal. Het denken over diversiteit is erg veranderd ten opzichte van vroeger. In het huidige tijdperk bestaan transgenders, non-binaire personen en personen die zich identificeren als genderfluïde. De regelgeving is grijs en ouderwets. Verzoekster heeft er begrip voor dat een grens moet worden gesteld, maar zelf vraagt zij niet veel.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvragen voor aangezichtschirurgie terecht zijn afgewezen. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 8 mei 2024 toegelicht dat aangezichtschirurgie, een adamsappelreductie, en een stem verhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen onder voorwaarden kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hiervoor geldt dat sprake moet zijn van verminking in de zin van artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdelen 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering, in de vorm van een passabiliteitsprobleem. In zijn standpunt van 22 maart 2010 heeft het Zorginstituut (destijds CvZ) het passabiliteitsprobleem nader toegelicht: *"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."*

Door een daarvoor bevoegde zorgverlener dient eerst te worden vastgesteld dat er sprake is van genderincongruentie en dat er een noodzaak is tot gendertransitie. Vervolgens dient te worden vastgesteld welke zorg noodzakelijk is voor deze transitie. In de praktijk betekent dit voor aangezichtschirurgie (zoals de voorhoofdslift en osteotomie) dat aan de hand van foto's en video's (van goede kwaliteit) en een aanvraag van de behandelend arts moet worden vastgesteld of een passabiliteitsprobleem bestaat. Op de foto's en in de video's dient de verzekerde zich te presenteren in de geslachtrol die betrokkene wil vervullen. Op deze manier wordt het gehele voorkomen van de verzekerde meegenomen bij de beoordeling van het passabiliteitsprobleem. In de aanvraag van de behandelend arts moet duidelijk worden omschreven waarom sprake is van een passabiliteitsprobleem bij de verzekerde (1), welk uiterlijk kenmerk het meeste aan dit passabiliteitsprobleem bijdraagt (2), en op welke manier de voorgenomen ingreep of ingrepen van invloed zijn op het passabiliteitsprobleem (3).

5.2. Beide aanvragen van verzoekster betreffen aangezichtschirurgie. Dergelijke behandelingen kunnen bij man-vrouw transgenders worden vergoed ten laste van de zorgverzekering als sprake is van verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvragen voorgelegd aan vier van zijn medisch adviseurs. Op basis van de informatie en de foto's bij de aanvragen hebben zij geconcludeerd dat in de situatie van verzoekster geen sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Als wordt gekeken naar de onderdelen van het gelaat waarop de aanvraag ziet, namelijk het voorhoofd en de kaak, is de conclusie dat deze onderdelen niet zodanig mannelijk ogen dat zij in het geheel niet voorkomen bij het wensgeslacht en in het dagelijks leven zodanig opvallen dat dit tot een schrikreactie bij derden zal leiden. Het onderzoek tijdens het spreekuurbezoek van 7 december 2023 heeft het eerdere standpunt bevestigd. Dat het algehele voorkomen van verzoekster, mede door haar lengte en postuur, vrij mannelijk is, maakt dit voor de beoordeling van het passabiliteitsprobleem in verband met deze aanvragen voor aangezichtschirurgie niet anders. Men spreekt namelijk pas van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transgender vanwege het mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van verminking bij genderincongruentie, omdat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Bovendien is niet gebleken van een verminking anderszins. Ook blijkt niet uit het dossier dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Verzoekster heeft verklaard dat zij de genderdysforie wil wegnemen met de aangevraagde behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader opgemerkt dat de overheid heeft bepaald dat slechts bij een zeer beperkt aantal specifieke indicaties aanspraak bestaat op een behandeling van plastisch chirurgische aard. De lat voor vergoeding van behandelingen van plastisch chirurgische aard ligt erg hoog. Genderdysforie vormt in dit kader geen verzekeringsindicatie.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aanvraag terecht is afgewezen. Op grond van de geldende wet- en regelgeving en de VAV-Werkwijzer dient sprake te zijn van een verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem om aanspraak te kunnen maken op de aangevraagde behandeling. De aanvraag van verzoekster is door vier medisch adviseurs

beoordeeld. Zij zijn tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Dit blijkt ook uit het advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht. Voor deze beoordeling wordt specifiek gekeken naar het voorhoofd, de kaak en de kin. Het spreekuurbezoek heeft de beoordeling van de ziektekostenverzekeraar bevestigd. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de behoefte van verzoekster om de genderdysforie weg te nemen. Echter, het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij om meer of minder te vergoeden dan wettelijk is bepaald. De voorwaarden voor plastische chirurgie zijn streng. Voor aangezichtschirurgie geldt dat genderdysforie geen verzekeringsindicatie is.

Ook de stelling van verzoekster over haar voorkomen in zijn geheel is niet relevant voor de beoordeling. Het gaat bij de beoordeling specifiek om de vraag of de gelaatskenmerken leiden tot een passabiliteitsprobleem.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 24 juni 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

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

De geadviseerde behandeling betreft aangezichtschirurgie (faciale feminisatie) met:

- *le Fort 1 osteotomie van de bovenkaak (naar voren zetten van de bovenkaak) en decompressie van de orbita;*
- *osteotomie van de mandibula enkelzijdig of frontgedeelte;*
- *corticotomie of rapid expansion van de benige kin;*
- *endoscopische voorhoofds- en wenkbrauwlift.*

De behandelend plastisch chirurg geeft in het aanvraagformulier aan dat verzoekster passabiliteitsproblemen ervaart omtrent de perceptie van haar aangezicht. De behandelaar beschrijft het volgende: "Bij onderzoek zie ik een iong-face met prominente kaakhoeken, en een vrij steile mandibular plane angle. Wat mij opvalt is de rechthoekige kin en die tevens richting anterieur geprononceerd is. Er is een klasse III kaakrelatie". Volgens de behandelaar is een genioplastiek (aanpassen van de vorm van de kin) met osteotomie van de angulus mandibulae (verminderen van de hoek van de onderkaak waardoor deze vrouwelijker lijkt) aangewezen om de passabiliteit in het kader van genderdysforie te behandelen. Deze ingreep zou volgens de behandelaar de klachten effectief kunnen verhelpen.

Voor de endoscopische voorhoofds- en wenkbrauwlift beschrijft de behandelaar in het aanvraagformulier: "voorhoofdsreductie met verlagen haarlijn en veranderen positie wenkbrauw met ptosis palpebrae; zeer masculien". Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Naast de zeer beperkte argumentatie voor het bestaan van een passabiliteitsprobleem, ontbreekt in welke mate deze ingreep bij zou kunnen dragen aan het verbeteren van de passabiliteit.

Verder bevat het dossier twee fotoreeksen. De eerste fotoreeks bevat vijf foto's van het gezicht van verzoekster, vier foto's van de kaken en twee röntgenfoto's. Twee gezichtsfoto's zijn in vooraanzicht genomen, één foto in zijaanzicht rechts, en twee foto's zijn een close-up van de kin. Op de eerste twee foto's in vooraanzicht is te zien dat het voorhoofd van verzoekster verhoogd oogt. Het gelaat als geheel maakt echter een voldoende vrouwelijke indruk. Daarbij laat het zijaanzicht een vrouwelijk gezicht zien. De kin oogt neutraal, in die zin dat de kin van een vrouw of man zou kunnen zijn.

De tweede fotoreeks bevat nog vijf foto's van het gezicht van verzoekster. De reeks bevat één foto van voren, twee foto's schuin van voren (links en rechts), en twee foto's van de zijkant (links en rechts). Voor deze foto's geldt dat het gezicht van verzoekster voldoende vrouwelijk oogt. De foto's veroorzaken derhalve geen schrikreactie. Het dossier bevat verder geen argumentatie van het genderteam, waarom toch sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van aangezichtschirurgie, bestaande uit een endoscopische voorhoofdslift, wenkbrauwlift en osteotomie.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor aangezichtschirurgie, bestaande uit een endoscopische voorhoofdslift, wenkbrauwlift en osteotomie."

- 6.2. In het definitief advies van 16 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U vraagt het Zorginstituut om in te gaan op de stelling van verzoekster dat de regelgeving niet past bij de huidige tijd. Volgens verzoekster zou het niet moeten gaan om de vraag of een ander schrikt. Dat doet afbreuk aan de beleving van de transvrouw.

In het Besluit zorgverzekering (Bzv) is bepaald wanneer behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut beoordeelt in geschillen of een verzekerde aanspraak kan maken op de gevraagde zorg op grond van de geldende wet- en regelgeving. Of de regelgeving, waarbij wordt uitgegaan van een passabiliteitsprobleem, nog passend is in de huidige tijd, is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen in een geschil. Deze regelgeving kan overigens alleen aangepast worden door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Daarnaast vraagt u het Zorginstituut om in te gaan op de mogelijkheid om genderdysforie en alle behandelingen die daarbij horen als een geheel te zien en te vergoeden vanuit één DBC-behandelcode.

Indien alle behandelingen die bij genderdysforie horen als geheel worden gezien en vanuit één DBC-zorgproduct worden vergoed, wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen behandelingen gericht op de primaire en secundaire geslachtskenmerken. Dit is derhalve niet mogelijk op grond van de bestaande regelgeving."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. 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.
- 8.2. Namens verzoekster is een aanvraag ingediend voor aangezichtschirurgie, bestaande uit een endoscopische voorhoofdslift en wenkbrauwlift, en een osteotomie in het kader van de transitie van man naar vrouw. Aangezichtschirurgie betreft een behandeling van plastisch chirurgische aard. Dergelijke behandelingen kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat en de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. De voorwaarden met betrekking tot de verzekeringsindicatie staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel 21 van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2 van artikel 2.4 Bzv. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), hierna: (VAV-werkwijzer). De VAV-werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het gaan om een aandoening die dusdanig ernstige lichamelijke klachten veroorzaakt dat de verzekerde fors wordt beperkt in het functioneren. Dat dit bij verzoekster aan de orde is, is gesteld noch gebleken. De commissie gaat er daarom vanuit dat tussen partijen niet in geschil is dat bij verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig is. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of bij haar sprake is van verminking.
- 8.3. Verminking in het kader van aangezichtschirurgie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw is aan de orde in geval van een passabiliteitsprobleem. De definitie hiervan is opgenomen in het standpunt van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CvZ) van 22 maart 2010 genaamd 'Zorg aan transseksuelen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de WBZ en de Wmo'. Het standpunt luidt, voor zover hier van belang: *"Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd en niet respectvol reageren."* In die situatie kunnen de mannelijke gelaatstreken van betrokkene als verminking worden aangemerkt.
- 8.4. Volgens verzoekster volgt uit de VAV-Werkwijzer dat het aan de behandelend medisch specialist is om te motiveren dat een passabiliteitsprobleem bestaat en waarom de aangevraagde chirurgie tot een verbetering hiervan zal leiden. De commissie overweegt, als volgt. Het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen ligt bij de behandelend arts. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het echter vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk?'), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat en diegene 'redelijkerwijs is aangewezen op' de zorg of andere dienst, (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de zorgverzekeraar) en tot slot (iv) - indien overeengekomen - de behandeling doelmatig is. Of er bij verzoekster een verzekeringsindicatie aanwezig is voor de aangevraagde behandelingen, hangt af van het antwoord op de vraag of bij haar sprake is van een passabiliteitsprobleem.

- 8.5. In zijn advies van 24 juni 2024 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat niet is aangetoond dat bij verzoekster een passabiliteitsprobleem bestaat. Volgens het Zorginstituut blijkt uit de foto's in het dossier dat het gelaat van verzoekster voldoende vrouwelijk oogt en geen schrikreactie veroorzaakt. Verder bevat het dossier geen argumentatie van het genderteam waaruit blijkt dat toch sprake is van een passabiliteitsprobleem. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut dan ook over.
- 8.6. De commissie ziet in hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, met name haar stelling dat het feit dat bij aangezichtschirurgie ingeval van genderdysforie wordt uitgegaan van de omgeving van de transvrouw, terwijl bij alle andere aan genderdysforie gerelateerde zorg het lijden van de transvrouw zelf het centrale belang is, moet leiden tot een meer liberaal patroon van honorering van deze zorg, geen aanleiding voor een andere conclusie. De commissie begrijpt de wens van verzoekster voor een andere wijze van beoordeling. De commissie is echter gehouden het verzoek te beoordelen aan de hand van het gelende juridisch kader op basis van de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving. Aanpassing van de geldende wet- en regelgeving vergt een rechtspolitieke keuze die in de Nederlandse staatsinrichting voorbehouden is aan de wetgever
- 8.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat bij verzoekster geen verzekeringsindicatie bestaat voor de aangevraagde behandeling van aangezichtschirurgie, bestaande uit een endoscopische voorhoofds- en wenkbrauwlift, en een osteotomie.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 september 2024,

H.A.J. Kroon

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

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.

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.

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 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.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

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

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

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

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

Dit is niet verzekerd:

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet een toelichting van uw behandelend medisch specialist worden meegestuurd. U heeft geen toestemming nodig voor een primaire of secundaire borstreconstructie (een eerste hersteloperatie van de borst) na borstkanker. U heeft wel toestemming nodig voor een tertiaire borstreconstructie na borstkanker. Een tertiaire borstreconstructie is een tweede hersteloperatie aan dezelfde borst. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.