

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202303672

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

IZA 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 is gehouden haar een vervolgmachtiging te verlenen voor elektrische epilatie van het gelaat ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat in de situatie van verzoekster niet is voldaan aan de geldende voorwaarden. Op de foto's in het dossier is niet zichtbaar dat sprake is van een passabiliteitsprobleem. Daarnaast zijn andere behandelingen voorliggend zodat elektrische epilatie in dit geval niet doelmatig is.
- 1.2. De commissie overweegt dat behandelingen van plastisch chirurgische aard, zoals de aangevraagde behandelingen van elektrische epilatie van het gelaat, kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Hiervoor gelden voorwaarden, onder andere dat een verzekeringsindicatie aanwezig moet zijn, waarbij in dit verband valt te denken aan verminking. Uit het advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht blijkt dat bij verzoekster geen sprake is verminking in de zin van een passabiliteitsprobleem. Dit betekent dat bij verzoekster geen verzekeringsindicatie bestaat voor de aangevraagde behandelingen. De andere, door verzoekster genoemde omstandigheden die volgens haar aanspraak geven op behandelingen van elektrische epilatie van het gelaat, maken het voorgaande niet anders. Bij ontbreken van een verzekeringsindicatie behoeft de vraag of verzoekster redelijkerwijs (nog) is aangewezen op de zorg en of de behandelingen doelmatig zijn geen beantwoording. 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 klachtenformulier van 11 december 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 26 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2024 aan verzoekster gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 26 maart 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024008336) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierbij is de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. De commissie heeft besloten dit advies te volgen. Een kopie van het voorlopig advies is op 27 maart 2024 aan partijen gestuurd. Hierbij heeft de commissie verzoekster gevraagd het nader onderzoek te verrichten. Bij e-mailbericht van 5 april 2024 heeft verzoekster de uitkomst van het nader onderzoek aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 8 april 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 16 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 18 april 2024 aan verzoekster gestuurd. Bij e-mailberichten van 30 april 2024 heeft verzoekster aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 1 mei 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 10 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een reactie hierop gegeven. Een kopie van deze brief is, eveneens op 10 april 2024, aan verzoekster gezonden.
- 2.4. Op 10 mei 2024 heeft de commissie de uitkomst van het nader onderzoek door verzoekster van 5 april 2024, haar e-mailberichten van 30 april 2024, en de reacties van de ziektekostenverzekeraar hierop van 16 april 2024 en 10 mei 2024 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een nader advies uit te brengen. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut een nader advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 mei 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 juni 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 mei 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 juni 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 2 en IZA Extra Tand 2 (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. Op 20 september 2023 is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het ontharen van het gelaat door middel van elektrische epilatie.
- 3.3. Bij brief van 28 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde zorg niet wordt vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 26 maart 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader advies uitgebracht.

3.7. Bij brief van 27 juni 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 is gehouden haar een vervolgmachtiging te verlenen voor elektrische epilatie van het gelaat ten laste van de zorgverzekering.

4.2. Bij klachtenformulier van 11 december 2023 heeft verzoekster toegelicht dat zij inmiddels ongeveer 40 behandelingen van elektrische epilatie heeft ondergaan. Het is in haar geval niet mogelijk om de gezichtsbehaarung met een laser te verwijderen. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat de behandelingen onvoldoende resultaat hebben en dat het maximumaantal behandelingen is bereikt. De behandelingen hebben volgens verzoekster wel degelijk resultaat. Daarnaast is bij de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat er geen maximum aan het aantal behandelingen is verbonden.

Verzoekster heeft meerdere gesprekken gevoerd met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. In deze gesprekken is duidelijk geworden dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag op een onjuiste grond heeft afgewezen. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft dit bevestigd, maar de ziektekostenverzekeraar blijft halsstarrig vasthouden aan de afwijzing.

4.3. Bij ongedateerde verklaring heeft de behandelend huidtherapeut toegelicht dat bij verzoekster geen ontharing door middel van laserbehandeling mogelijk is, omdat het gaat om haar zonder pigment. Er kan alleen elektrische epilatie worden ingezet en hierbij kan maar een beperkt aantal haren per behandeling worden verwijderd. Het betreft een zeer tijdrovende en pijnlijke procedure. Verzoekster is al wat ouder en heeft, ondanks hormoongebruik, dichte/volle en hardnekkige gezichtsbehaarung tot diep in de hals. De behandeling bevindt zich in de laatste fase en is geconcentreerd op de hals en onder de kin. Wanneer de behandeling in deze fase wordt gestopt, behouden de onbehandelde gebieden de zwaar behaarde stoppelhuid, die er zeer onnatuurlijk uitziet. Door de voorgaande behandelingen zijn er sterke grenslijnen gevormd en naarmate de huid verouderd zullen deze grenslijnen steeds prominenter aanwezig zijn. Verzoekster zal zich vaker per dag moeten scheren. Zonder completering en nazorg van de behandeling heeft zij geen mogelijkheid de transitie voort te zetten en deze af te ronden. Dit zal voor verzoekster tot een psychologisch ondraaglijke situatie leiden.

4.4. In haar brief van 6 oktober 2023 heeft verzoekster aangevoerd dat de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar niet in overeenstemming is met het standpunt van het Zorginstituut (voorheen College voor Zorgverzekeringen, CvZ) van 22 september 2008 dat gaat over epilatie van het gelaat. Het betreft een behandeling van plastisch chirurgische aard, waarbij een secundair geslachtskenmerk wordt gecorrigeerd. In dat geval is artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 2, van het Besluit zorgverzekering van toepassing. Er moet worden beoordeeld of sprake is van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Het CvZ komt in het stuk tot de conclusie dat de beharing in het gezicht en in de hals nauwelijks reageert op de hormonale therapie. De transseksueel die in de vrouwrol leeft (gedurende de real-life-experience), respectievelijk vrouw is geworden, zal nog altijd de mannelijke baardgroei hebben. Daardoor kan volgens het CvZ in de regel worden gesproken van verminking als bedoeld in genoemd artikel. De epilatie van de baard valt onder de dekking van de zorgverzekering.

Wat betreft het aantal behandelingen van de haargroei in het gezicht geldt dat volgens het CvZ dat in ieder geval 10 behandelingen moeten worden vergoed. Daarna moet, afhankelijk van de persoonlijke situatie, opnieuw een machtiging worden aangevraagd. Door het CvZ wordt geen maximum aan het aantal behandelingen gesteld. Over het aantal behandelingen is vermeld: *"Er zijn grote individuele verschillen in de intensiteit van de beharing. Deze zijn vooral familiair en raciaal bepaald. Om in het gelaat een acceptabele reductie van de haargroei te bereiken*

zijn in ieder geval 10 behandelingen nodig. Bij personen met blond, rossig of wit/grijs haar of bij personen met een zeer donker huidtype zijn vaak meer sessies met elektrische epilatie nodig." Verder heeft het CvZ ten aanzien van het toestemmingsbeleid van de zorgverzekeraars het volgende opgemerkt: "Over het algemeen is het zo dat zorgverzekeraars in de polis hebben bepaald dat er voor behandelingen van plastisch chirurgische aard (waaronder de epilatie van gezichts- en halsbehaaring) voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist. Zorgverzekeraars kunnen hun toestemmingsbeleid zo inrichten dat voor 10 behandelingen (epilatie van gezichts- en halsbehaaring) in beginsel standaard toestemming wordt verleend en als er naar het oordeel van de behandelaar meer dan 10 sessies nodig zijn de zorgverzekeraar de vervolgsessies (boven de 10) afzonderlijk op noodzakelijkheid beoordeelt. Deze beoordeling vindt dan plaats aan de hand van door de behandelaar te verschaffen informatie, waarmee wordt onderbouwd dat meer dan 10 sessies nodig zijn voor het bereiken van een acceptabel resultaat."

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster aangevoerd dat geen wettelijk bepaalde beperking is gesteld aan behandelingen van elektrische epilatie. Uit de richtlijn, zoals door het Zorginstituut is opgesteld in 2008, blijkt dat de eerste behandelingen een begin vormen, en dat een verzekeraar daarna moet kijken wat daadwerkelijk nodig is. Bij verzoekster is sprake van een passabiliteitsprobleem. Zij krijgt reacties van mensen over haar uiterlijk. Verzoekster is aangewezen op elektrische epilatie. Hiervoor moet zij bepaalde haargroei laten staan om de behandeling te ondergaan. Als zij 's ochtends in de spiegel kijkt ziet zij een behaarde man in transitie naar vrouw. Er wordt gekeken naar de reactie van anderen, maar er wordt niet gekeken naar de persoon zelf. Het uiterlijk van verzoekster veroorzaakt stress en belemmert haar in haar verdere ontwikkeling. Als zij zou toe kunnen met een laserbehandeling was alles al voorbij geweest. Verder zijn zeker tien behandelingen verspeeld in de zoektocht naar iemand die het goed kon. De huidtherapeuten hebben veel moeite om de behandeling uit te voeren. Inmiddels heeft verzoekster iemand gevonden die 70-75 haartjes per sessie kan verwijderen. Bij eerdere sessies bij een andere therapeut waren dit maar 30-40 haartjes. Om verder als vrouw door het leven te gaan, moeten verschillende behandelingen worden uitgevoerd die verzoekster zelf moet bekostigen. Het zou prettig zijn als deze kosten door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat zij zich niet kan scheren. Zij moet elektrische epilatie ondergaan, anders kan zij niet worden behandeld.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde behandelingen. In zijn brief van 26 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij het beleid heeft dat, in uitzonderlijke gevallen, maximaal 40 behandelingen van elektrische epilatie worden vergoed. In de situatie van verzoekster zijn intussen 56 behandelingen vergoed. In artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is, onder het kopje 'Medische noodzaak', opgenomen dat een verzekerde recht heeft op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering als een verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. Uit artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat plastische en/of reconstructieve chirurgie geneeskundige zorg is zoals bedoeld in artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het omvat behandelingen van plastisch chirurgische aard als het gaat om (i) correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en (ii) correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. In de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (hierna: VAV-Werkwijzer) worden deze criteria nader toegelicht. In artikel 14 van de VAV-Werkwijzer is opgenomen dat epilatie (ontharen) zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden, welke zorg ook door huidtherapeuten of schoonheidsspecialisten mag worden verleend. Er moet dan wel sprake zijn van verminking. Voor baard- en snorbehaaring geldt dat in beginsel niet kan worden gesproken van verminking. Andere maatregelen hebben doorgaans een afdoende resultaat. In extreme gevallen kan wel van

verminking worden gesproken. In deze context is dat aan de orde indien er door overmatige gelaatsbehandling sprake is van een schrikeffect, conform het passabiliteitsprobleem. Evenals bij cis-vrouwen zijn andere behandelingen voorliggend, zoals harsen, epilieren, bleken en scheren. Het recht op vergoeding van elektrische epilatie stopt als niet meer wordt voldaan aan het passabiliteitsprobleem. Doel van de behandeling is het bereiken van een acceptabel resultaat; trans- noch cis-vrouw komt in aanmerking voor vergoeding van definitieve en totale verwijdering van gezichtsbehandling.

Indien er bij herhaald behandelen geen verbetering optreedt, is de betreffende persoon niet meer redelijkerwijs aangewezen op deze zorg, ook al is het gewenste resultaat nog niet bereikt.

Of er sprake is van verminking wordt vastgesteld aan de hand van:

- Foto's (van goede kwaliteit), van kort na het scheren én 24 uur daarna.
- Het behandelplan van de huidtherapeut. Hierin dient te worden onderbouwd welke behandelmethode, aantal en frequentie van behandelingen noodzakelijk zijn op basis van huid- en haartype.
- In geval van een vervolgaanvraag: een evaluatie van de huidtherapeut. Hierin dient te worden onderbouwd waarom onvoldoende resultaat is geboekt (1), waarom er sprake is van een uitzondering (2), en waarom continuering van de ontharing nog zinvol zou zijn (3).

- 5.2. Het toenmalige CVZ heeft op 22 september 2008 een standpunt gepubliceerd over onder andere epilatie van de baard in gezicht en hals. Het CVZ is 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 van het Besluit zorgverzekering. Verminking in het kader van epilatie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw bestaat in geval van een passabiliteitsprobleem. Volgens het CVZ moet de zorgverzekeraar bij verminking in ieder geval toestemming geven voor 10 behandelingen, en daarboven moet hij steeds bekijken of verdere behandeling noodzakelijk is. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar op zorginhoudelijke gronden moet beoordelen of betrokkene redelijkerwijs is aangewezen op de vervolghandelingen. Verdere behandeling moet leiden tot verbetering van het resultaat en doelmatig zijn.

De medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar hebben de uitgangsfoto's bij de eerste machtigingsaanvraag van oktober 2021 en de meest recente foto's van september 2023 bekeken. Na het bestuderen van deze foto's, in verhouding tot de 56 reeds uitgevoerde elektrische epilatiebehandelingen, heeft de ziektekostenverzekeraar ernstige twijfels over de effectiviteit, omdat de resultaten beperkt blijven bij de behandelde gebieden. Na 56 behandelingen mag worden aangenomen dat sprake is van een aanzienlijk resultaat. Conform hetgeen eerder is uiteengezet, is een verzekerde niet meer redelijkerwijs aangewezen op deze zorg indien na herhaald behandelen geen verbetering optreedt, ook al is het gewenste resultaat nog niet bereikt.

- 5.3. In zijn brief van 5 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in de situatie van verzoekster, waarbij inmiddels 56 behandelingen elektrische epilatie zijn vergoed, het maximumaantal behandelingen is overschreden. De aanvraag voor nogmaals 25 tot 30 behandelingen van elektrische epilatie betreft geen doelmatige zorg. Het aantal reeds uitgevoerde behandelingen behelst al bijna driemaal de norm zoals opgesteld door de beroepsgroep.

Daarnaast wordt in het schrijven van de huidtherapeut niet duidelijk gemaakt waarom dit specifieke geval een uitzondering betreft en continuering van de zorg als zinvol wordt beschouwd.

Na 56 behandelingen is op de recente foto's nog beharing te zien rondom de kin en hals regio. Conform de VAV-Werkwijzer is iemand niet meer redelijkerwijs aangewezen op deze zorg als na herhaald behandelen geen verbetering optreedt, ook al is het gewenste resultaat nog niet bereikt. Op grond van bovengenoemde redenen bestaat geen aanspraak op vergoeding van de aangevraagde behandelingen.

- 5.4. In aanvulling daarop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 april 2024 gemeld op basis van aanvullende foto's van verzoekster te hebben geconcludeerd dat niet vaststaat dat bij haar nog steeds sprake is van een passabiliteitsprobleem. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster daarbij om duidelijke - aanvullende - medische foto's verzocht en zich bereid verklaard de situatie

aan de hand daarvan opnieuw te beoordelen. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende stukken met nieuwe foto's van verzoekster ontvangen. In zijn brief van 10 mei 2024 meldt de ziektekostenverzekeraar dat hij een nieuwe beoordeling van de stukken heeft laten doen door twee medisch adviseurs. De conclusie is dat er geen sprake (meer) is van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster vertoont in de beoordeling door de ziektekostenverzekeraar geen uiterlijke kenmerken die zodanig mannelijk ogen dat deze in het geheel niet voorkomen bij het wensgeslacht en in het dagelijks leven zodanig opvallen dat dit tot een schrikreactie bij derden zal leiden. De gezichtsbehandling van verzoekster is dusdanig afgenomen dat dit niet meer leidt tot een schrikreactie bij derden en er is geen sprake meer van overmatige gelaatsbehandling. De aanwezige lichte beharing zal niet leiden tot een schrikeffect, conform het passabiliteitsprobleem. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat niet vaststaat dat bij verzoekster nog steeds sprake is van een passabiliteitsprobleem. Aan de vraag of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de zorg en of de zorg nog doelmatig en doeltreffend is, komt de ziektekostenverzekeraar daarom niet meer toe.

- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag in eerste instantie is afgewezen, omdat het aantal behandelingen aanleiding gaf om te toetsen of de zorg doelmatig was. De ziektekostenverzekeraar heeft een beoordeling uitgevoerd aan de hand van het stroomschema horende bij de VAV-Werkwijzer. Hij heeft geconcludeerd dat vervolghandelingen niet doelmatig zouden zijn. Op dat moment is niet getoetst aan het criterium verminking. Later is deze beoordeling alsnog uitgevoerd. Op basis van de beschikbare informatie komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat bij verzoekster geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. Hij heeft opgemerkt dat bij de beoordeling hiervan de schrikreactie van derden leidend is en niet de schrikreactie van verzoekster zelf. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een passabiliteitsprobleem kan worden veroorzaakt door het gehele voorkomen. Echter, in het geval van elektrische epilatie van het gelaat moet alleen worden gekeken naar of de gezichtsbehandling op zichzelf leidt tot een passabiliteitsprobleem. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is dit niet het geval. Een schrikreactie bij derden kan ook een andere oorzaak hebben, maar dit maakt geen onderdeel uit van de beoordeling. In de situatie van verzoekster is de gezichtsbehandling zodanig afgenomen dat dit niet meer leidt tot een schrikreactie bij derden. Daarom wordt niet meer toegekomen aan de vraag of verzoekster op de behandelingen is aangewezen en of deze ook doelmatig en doeltreffend zijn.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 26 maart 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 vijf foto's van de baardstreek. Het dossier bevat geen foto's van het gehele gelaat. Het passabiliteitsprobleem wordt beoordeeld aan de hand van foto's van het gehele gelaat. Daarnaast is niet duidelijk hoeveel uur na het scheren de foto's in het dossier zijn gemaakt.

Redelijkerwijs aangewezen op

Wanneer sprake is van een passabiliteitsprobleem dient beoordeeld te worden of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op elektrische epilatie.

Indien bij herhaald behandelen geen verbetering optreedt is een verzekerde niet meer redelijkerwijs aangewezen op gelaatsontharing, ook al is het gewenste resultaat nog niet bereikt.

De beoordeling hiervan vindt plaats aan de hand van een evaluatie van een huidtherapeut. Hierin dient te worden onderbouwd waarom onvoldoende resultaat is geboekt (1), waarom er sprake is van een uitzondering (2) en waarom continuering van de ontharing nog zinvol zou zijn (3).

De behandelend huidtherapeut heeft onderbouwd dat verzoekster ouder is en hardnekkige en dichte gezichtsbeharing heeft. De huidtherapeut geeft aan dat met elektrische epilatie slechts een beperkt aantal haren per sessie kan worden verwijderd. Op de foto's is dichte grijze baardgroei aanwezig op de kin en hals. Op de kaken, wangen, boven- en onderlip is haargroei vrijwel afwezig.

Het is niet duidelijk waarom niet de gehele baardstreek is behandeld. De behandelingen lijken wel effect gehad te hebben gezien de beperkte beharing van de behandelde regio's op kaken, wangen en lippen.

Nu niet vaststaat dat bij verzoekster nog steeds sprake is van een passabiliteitsprobleem, wordt niet toegekomen aan de vraag of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op elektrische epilatie.

Tot slot heeft het geschil 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 elektrische epilatie 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.

Hiermee kan het Zorginstituut beoordelen of nog steeds sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 6.2. In het nader advies van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridische beoordeeld.

Op de foto's die 24 uur na het scheren genomen zijn, zijn grijze stoppelhaartjes zichtbaar op de kin van verzoekster. De foto's van het gehele gelaat van verzoekster wekken echter geen schrikreactie op. Hieruit volgt dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Aan de vraag of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op elektrische epilatie wordt niet toegekomen, nu blijkt dat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Zoals reeds opgemerkt in het voorlopig advies d.d. 26 maart 2024, heeft het geschil daarnaast betrekking op de doelmatigheid van de zorg. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een passabiliteitsprobleem en dus van een verminking. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vervolgbehandelingen met elektrische epilatie bij genderdysforie ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster is niet aangewezen op vervolghandelingen met elektrische epilatie bij genderdysforie ten laste van de basisverzekering."

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. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor permanente ontharing door middel van elektrische epilatie. De commissie hecht eraan allereerst op te merken dat het duidelijk is dat deze behandeling zeer gewenst is door verzoekster en dat zij heeft gewezen op de psychologisch ondraaglijke situatie die afwijzing tot gevolg zal hebben. Dat laat onverlet dat de commissie gehouden is haar verzoek te beoordelen aan de hand van het juridisch kader dat geldt voor de vergoeding van deze behandeling op basis van de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving.
- 8.3. Het betreft hier 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 21 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. Wat in dit verband wordt bedoeld met verminking is nader uitgewerkt in de 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.
- 8.4. De commissie overweegt dat het 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 schrik-effect, conform het passabiliteitsprobleem.
- 8.5. In zijn nader advies van 30 mei 2024 aan de commissie merkt het Zorginstituut op dat uit de nagezonden foto's van het gehele gelaat blijkt dat bij verzoekster geen sprake is van een

schrik-effect conform het passabiliteitsprobleem. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat daarom niet kan worden gesproken van verminking. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vervolghandelingen met elektrische epilatie ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet in het door verzoekster gestelde - met name ten aanzien van de psychologisch ondraaglijke situatie die afwijzing tot gevolg zal hebben - geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Psychisch lijden, hoe pijnlijk dit voor verzoekster ook kan zijn, vormt als zodanig geen verzekeringsindicatie voor een behandeling van plastisch chirurgische aard. Ook de stelling van verzoekster dat de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar niet in overeenstemming is met het standpunt van CvZ van 22 september 2008 wordt, gelet op het advies van het Zorginstituut, door de commissie gepasseerd.

Dit betekent dat bij verzoekster geen verzekeringsindicatie bestaat voor behandelingen van elektrische epilatie ten laste van de zorgverzekering. Aan beantwoording van de vraag of zij redelijkerwijs (nog) is aangewezen op de zorg en of de desbetreffende behandelingen in haar situatie doelmatig zijn wordt niet toegekomen.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 juli 2024,

J.W. Heringa

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

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, geriatische 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.

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.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZA 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.

Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in uw zorgverzekering?

Bevalling en kraamzorg thuis

Bevalling thuis	Ja.
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,80 per uur.

Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum

Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Ja.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,80 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.

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 € 236 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend:
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Maximale vergoeding is 2 x € 137: € 274 per dag
	Af: eigen bijdrage is 2 x € 19: € 38 per dag
	----- € 236 per dag
	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 236 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 € 497,69 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 € 4,80 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 16. Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende (laboratorium)onderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt onder andere 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. Meer informatie over dialyse in de thuissituatie en de tegemoetkoming in de vergoeding van extra (stroom)kosten vindt u op onze website.
- Chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur. Meer informatie over een tegemoetkoming in de stroomkosten voor mechanische beademing in de thuissituatie vindt u op onze website.
- Medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. Tot 1 januari 2023 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 januari 2023 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025, blaasinstillatie met blaasspoelvoeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2025 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;
- e. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2024 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;
- f. Van 1 april 2019 tot 1 maart 2024 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2019 tot 1 januari 2024 de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover u deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Tot 1 januari 2025 larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Tot 1 januari 2025 entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheids-onderzoek 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.

Dit is niet verzekerd:

- 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. Voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico wel. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht 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, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

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.

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.

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 contract met ons heeft.

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, orthoptist, medisch specialist, kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysisch audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg 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 toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

Oogheelkunde:	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
KNO:	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
Chirurgie:	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
Dermatologie	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
Gynaecologie:	Vulvaire en vaginale afwijkingen
Plastische chirurgie:	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

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.

Extra informatie

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 17. Revalidatie

17.1. Revalidatie

Revalidatie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg). Revalidatie omvat 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).

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 multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

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 of medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

17.2. Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid. GRZ is gericht op het dusdanig verminderen van uw

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 gehemeltepleten, 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 verslapte 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.