

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202303660

### Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem,  
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 17 juni 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op deze datum was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 25 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is eveneens op 25 juli 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024029274) een voorlopig advies uitgebracht aan de commissie. Een kopie hiervan is op 21 augustus 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen zijn gehoord op de zitting van 2 oktober 2024. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 24 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 augustus 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Zuid-Limburgpakket en Zuid-Limburgpakket herverzekeren Verplicht eigen risico (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

- 2.2. Verzoekster is na haar transitie van man naar vrouw onzeker over de nog aanwezige mannelijke gelaatstreken. Namens haar is, ter feminisatie van het gelaat, een machtiging aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar voor aangezichtschirurgie (een osteotomie).
- 2.3. Bij brieven van 1 december 2022, 3 januari 2023, 22 april 2023, 29 mei 2024 en 12 juni 2024 heeft de behandelend chirurg over verzoekster verklaard:

"(...)

*sinds 2015 bekend bij het genderiteam in het Amsterdam UMC-VUmc in verband met man naar-vrouw genderdysforie en heeft de Real Life Event succesvol doorlopen. Zij leeft nu al enige tijd als vrouw. Desondanks is mevrouw erg onzeker over de nog aanwezige mannelijke trekken in het gelaat. Hierdoor is patiënte regelmatig slachtoffer van discriminatie en verbaal geweld, waardoor klachten van angst en depressiviteit en patiënte ernstig beperkt wordt in haar dagelijks functioneren. Derhalve is faciale feminisatie belangrijk in het kader van de passabiliteit en hierin het psychosociale en economisch functioneren als vrouw voor (naam), hetgeen los staat van de geslachtsaanpassende operatie die zij reeds heeft ondergaan.*

*Bij onderzoek vallen als mannelijke kenmerken op: frontal bossing en geprononceerde wenkbrauwrichels en mannelijke haarlijn. Tevens is de kin hoekig en duidelijk aanwezig evenals haar kaakhoeken. De neus is fors en grof.*

*De verwachting vanuit het genderteam is dat patiënte voordeel zal hebben bij genderbevestigende gelaatschirurgie. Voor feminisatie van het gelaat is het volgende behandelplan voorgesteld, welke gefaseerd kan worden uitgevoerd, maar wel als geheel moet worden uitgevoerd om feminisatie van het gelaat te bereiken:*

- 1. voorhoofdsplastiek via bicoronale, pretrichiale benadering met haarlijncorrectie icm wenkbrauwlift, (238024 , 2x 239014, 2x 231539 )*
- 2. kinplastiek, met aanpassen mandibula onderrand t/m kaakhoeken (238020, 2x 238026)*
- 3. kaakhoekreductie (2x238026)*
- 4. rhinoplastiek (2x 232060,2x232062, 232064 (..))"*

- 2.4. Bij brief van 19 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat op basis van de aangeleverde informatie geen machtiging wordt verstrekt, omdat zij niet voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Verzoekster is op 30 augustus 2023 op spreekuurbezoek bij de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geweest. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 5 september 2023 aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van 1 december 2022 voor aangezichtschirurgie alsnog dient goed te keuren.
- 3.2. Verzoekster heeft bij brief van 13 mei 2023 verklaard dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn afwijzing geen duidelijk onderbouwde redenen hiervoor heeft gegeven. Zij verwijst hierbij naar de 'Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap'. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief het woord 'transseksueel' gebruikt, terwijl deze term niet meer gebruikelijk en zelfs onwenselijk is.

Zij heeft verder verklaard dat in de brief van haar behandelend arts is beschreven dat zij nog dagelijks last ervaart, omdat zij niet wordt herkend als vrouw. Zij is slachtoffer van discriminatie, verbaal en fysiek geweld als direct gevolg van haar nog aanwezige mannelijke gelaatskenmerken. Van een eerdere confrontatie op straat heeft zij een proces-verbaal laten opmaken bij de politie. Op basis van alle gebeurtenissen is er volgens verzoekster wel degelijk sprake van een passabiliteitsprobleem.

Verzoekster heeft verklaard dat in het behandelplan de specifieke gelaatskenmerken die het meeste bijdragen aan het passabiliteitsprobleem zijn beschreven. Ook is volgens haar beschreven hoe de gelaatskenmerken kunnen worden aangepast, zodat het passabiliteitsprobleem vermindert of verdwijnt. Zij heeft verder opgemerkt dat uit de laatste adviezen van het Zorginstituut (advies-transgenderzorg-verstrekking-aangezichtscorrectie van 22 juni 2021) en uitspraken van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen volgt dat de behandelend arts de indicatie stelt. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar de indicatiestelling naast zich neergelegd en is door hem niet onderbouwd waarom van het advies van haar behandelend arts wordt afgeweken. Verzoekster verwijst in dit verband naar een uitspraak van de rechtbank Gelderland van 8 juli 2020 (ECLI:NL:RBGEL:2020:4279, r.o. 4.14), alsmede naar een uitspraak van de rechtbank Midden-Nederland van 8 februari 2023 (ECLI:NL:RBMNE:2023:397, r.o. 4.11).

- 3.3. In haar brief van oktober 2023, gericht aan de Nationale ombudsman, heeft verzoekster het voorgaande ook verklaard en het proces-verbaal uit 2016 overgelegd, waaruit volgens haar blijkt dat zij wordt geconfronteerd met een passabiliteitsprobleem. Verzoekster verwijst naar de brieven van haar behandelend chirurg, waarbij in het behandelplan de specifieke gelaatskenmerken die het meest bijdragen aan het passabiliteitsprobleem, zijn omschreven. Ook heeft zij kleurenfoto's van haar gezicht meegezonden. Verzoekster heeft nogmaals erop gewezen dat het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts ligt. Zij verwijst hiervoor naar een advies van het Zorginstituut Nederland van 22 juni 2021 (zaaknummer 20210124) en eerder uitgebrachte bindende adviezen van de commissie. Verzoekster heeft gesteld dat, gelet op voornoemde publicaties, in dit geval moet worden afgegaan op het oordeel van haar behandelend chirurg en dat bij haar dus sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verzoekster heeft drie kleurenfoto's van haar gezicht overgelegd.
- 3.4. Verzoekster heeft ter aanvulling bij e-mailbericht van 3 januari 2024 een brief van diezelfde datum van haar behandelend chirurg overgelegd.
- 3.5. In haar brief van 17 juni 2024, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verklaard dat er bij haar weliswaar geen sprake is van verminking maar wel van mannelijke gelaatsstreken. Deze zijn duidelijk door de behandelend arts beschreven en ook op de aangeleverde foto's te zien. Daarnaast stelt verzoekster dat vriendinnen van haar wel een machtiging kregen voor aangezichtschirurgie. Zij is bereid eventueel zelf een deel van de kosten te betalen.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster, daarnaar door de commissie gevraagd, verklaard dat het geschil gaat over alle onderdelen die door haar arts in zijn brief van 22 mei 2023 zijn beschreven (aanpassing haarlijn, osteotomie kin en kaak). Ze heeft veel problemen met haar huidige gezicht, want in haar omgeving wordt zij niet als vrouw gezien. Verzoeker heeft verklaard dat zij niet begrijpt waarom de aanvraag is afgewezen. Ze heeft een verklaring van haar arts (brief van 22 mei 2023) waarin de operatie wordt geadviseerd. Zij ervaart haar kaaklijn als mannelijk. Zij heeft verder verklaard dat zij in haar woonplaats wordt bedreigd. Dit gebeurt bij een bezoek aan de markt, bij het winkelen en bij de school waar zij de taalcursus Nederlands volgt. Verzoekster heeft verklaard dat zij de operatie zelf niet kan betalen. Zij is het niet eens met de voorwaarden. Zij heeft de operatie nodig om zich beter te voelen en een beter leven te leiden. Zij wil als vrouw herkend en gezien worden.

#### 4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 19 december 2022 de aanvraag voor een machtiging voor aangezichtschirurgie afgewezen. Hij heeft hierbij toegelicht dat

aangezichtschirurgie wordt vergoed wanneer een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat niet als vrouw wordt herkend. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet verzoekster niet aan deze voorwaarde.

- 4.2. Na ontvangst van de klacht van verzoekster op 13 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 29 juni 2023 verklaard dat de aanvraag is afgewezen. Hij heeft toegelicht dat aanspraak op aangezichtschirurgie bestaat bij man-vrouw transseksuelen als sprake is van een passabiliteitsprobleem. De medisch adviseurs hebben de aanvraag beoordeeld en zijn tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen passabiliteitsprobleem bestaat. Bij de afweging is - op basis van het protocol - geen rekening gehouden met psychologische klachten, zoals angst en onrust. Een spreekuurbezoek bij de medisch adviseur is mogelijk, maar dit geeft geen garantie op een andere uitkomst.
- 4.3. In zijn brief van 5 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster inmiddels op 30 augustus 2023 op het spreekuur door de medisch adviseur is gezien. Volgens de medisch adviseur lijken de kaken en de kin van verzoekster niet bij te dragen aan een (eventueel) passabiliteitsprobleem. De ziektekostenverzekeraar heeft om die reden verklaard zijn afwijzing te handhaven.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 22 mei 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, toegelicht dat de medisch adviseur op basis van de overgelegde foto's en het spreekuurbezoek heeft beoordeeld dat de kaken en de kin geen aanzienlijke verbetering geven van een eventueel resterend passabiliteitsprobleem. De oorzaak van het passabiliteitsprobleem lag volgens de ziektekostenverzekeraar bij de neus. Hiervoor heeft inmiddels een correctie plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft het spreekuurverslag van 30 augustus 2023 overgelegd.
- 4.5. In zijn brief van 25 juli 2024, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn eerdere brieven van 29 juni 2023, 5 september 2023 en 22 mei 2024. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster op 19 februari 2021 via haar zorgverlener aanvragen voor een neuscorrectie en een osteotomie heeft ingediend. De aanvragen hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie overgelegd. Zeven medisch adviseurs hebben destijds aan de hand van de uiterlijke kenmerkenlijst beoordeeld dat de neus het meest aan het passabiliteitsprobleem bijdroeg, omdat deze vrij mannelijk was. De kaak en kin droegen volgens de medisch adviseurs niet, althans onvoldoende bij aan het passabiliteitsprobleem. Om die reden is bij brief van 9 februari 2022 de aanvraag voor een neuscorrectie goedgekeurd en is de aanvraag voor een osteotomie afgewezen. Deze brieven heeft de ziektekostenverzekeraar in kopie overgelegd. Op 1 december 2022 heeft verzoekster nogmaals via haar zorgverlener een aanvraag voor een osteotomie ingediend. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar het aanvraagformulier met vraag en antwoord en een tweetal foto's overgelegd. Bij brief van 19 december 2022 is de aanvraag afgewezen, omdat geen sprake is van een passabiliteitsprobleem ten aanzien van de kaak en kin. Ondertussen heeft in december 2022 de neuscorrectie plaatsgevonden. De kosten die verzoekster hiervoor heeft gemaakt, zijn volledig vergoed. Op 31 mei 2023 werd de klacht van verzoekster ontvangen. Naar aanleiding hiervan is zij uitgenodigd en gezien op het spreekuur bij de medisch adviseur. Dit heeft vervolgens niet geleid tot een andere beslissing.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat de aanvraag voor een osteotomie valt onder aangezichtschirurgie. Aangezichtschirurgie is bij man-vrouw transseksuelen onder voorwaarden een te verzekeren prestatie binnen het basispakket, namelijk indien een passabiliteitsprobleem bestaat. Er is dan sprake van verminking. Zeven medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar hebben destijds op basis van de verkregen informatie en de foto's uit de aanvragen geconcludeerd dat er een passabiliteitsprobleem was waaraan de neus het meest bijdroeg. Specifiek kijkend naar de kin en kaak, zijn de medisch adviseurs van mening gebleken dat deze niet zodanig mannelijk zijn 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 30 augustus 2023 heeft het eerdere standpunt bevestigd. De kaak en de kin van verzoekster zijn volgens de medisch adviseur rond van vorm en niet hoekig. Aanpassing van deze kenmerken geeft geen aanzienlijke verbetering van het eventueel resterend passabiliteitsprobleem ten aanzien van het gehele voorkomen. De neuscorrectie heeft daarnaast voor een vrouwelijke uitstraling gezorgd in het gezicht, zodat thans geen sprake (meer) is van een passabiliteitsprobleem in het gelaat. Er kan daarom niet worden gesproken van verminking in de zin van artikel 2.4 Bzv. Bovendien is niet gebleken van een verminking anderszins.

- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat als door een arts een medische indicatie wordt gesteld, dit niet betekent dat er ook een verzekeringsindicatie bestaat. De overheid heeft bepaald dat slechts bij een zeer beperkt aantal specifieke indicaties aanspraak bestaat op een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De eisen voor vergoeding van plastische chirurgie en specifiek van aangezichtschirurgie bij transgenders is strikt. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of er een verzekeringsindicatie is aan de hand van de geldende wet- en regelgeving.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat bij verzoekster van een verzekeringsindicatie voor de aangevraagde behandeling geen sprake is. De overige klachten, indicaties en reacties van buitenaf, leveren in dit kader geen verzekeringsindicatie op. Ondanks dat het proces-verbaal naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar geen onderdeel is van het beoordelingskader, heeft hij opgemerkt dat hieruit niet naar voren komt dat een schrikreactie is ontstaan door een passabiliteitsprobleem specifiek in het gelaat en/of meer specifiek door de kaak en/of kin.

- 4.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de vraag is of verzoekster recht heeft op vergoeding van osteotomie (kaak en kin). In de aanvraag van 1 december 2022 worden alleen deze behandelingen aangevraagd. De opsomming van meer behandelingen ter feminisatie van het gelaat in de brief van 22 mei 2023 van de behandelend arts is voor nu niet aan de orde en daarover hoeft de commissie niet te beslissen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat de aanvraag valt onder aangezichtschirurgie. Bij de beoordeling wordt gebruikt gemaakt van de VAV-werkwijzer. In de verzekeringsvoorwaarden wordt ook verwezen naar de VAV-werkwijzer. De adviserend geneeskundigen van de ziektekostenverzekeraar beoordelen of sprake is van een verzekeringsindicatie. De klachten en problemen van verzoekster leiden niet tot de conclusie dat er sprake is van een verzekeringsindicatie. Uit het proces-verbaal blijkt ook niet dat verzoekster specifiek om problemen in het gelaat is lastigge gevallen. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar ook dat de kaak en de kin neutraal en vrouwelijk genoeg zijn. De reeds uitgevoerde neuscorrectie heeft inmiddels voor een vrouwelijk gelaat gezorgd. Een correctie van de kaak en de kin zal het probleem, zoals verzoekster dit ervaart, niet oplossen. De ziektekostenverzekeraar licht tot slot toe dat de behandelend arts een medische indicatie stelt en alhoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster er alles aan wil doen er vrouwelijker uit te zien, hij dient te kijken naar de verzekeringsindicatie.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...)

*Aangezichtschirurgie komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering als sprake is van een passabiliteitsprobleem. De behandelend chirurg stelt het volgende behandelplan voor, welke gefaseerd kan worden uitgevoerd, maar volgens de chirurg wel als geheel moet worden uitgevoerd om feminisatie van het gelaat te bereiken:*

1. voorhoofdsplastiek via bicoronale, pretrichiale benadering met haarlijncorrectie i.c.m. wenkbrauwlift;
2. kinplastiek, met aanpassen mandibula onderrand t/m kaakhoeken;
3. kaakhoekreductie;
4. rhinoplastiek.

In het aanvraagformulier beschrijft de behandelend chirurg dat het passabiliteitsprobleem met name wordt veroorzaakt door het voorhoofd, de neus, de kin, de kaak en de kaakhoeken. Volgens de chirurg is sprake van overduidelijke mannelijke gelaatskenmerken. Daarnaast zou verzoekster onder haar mannelijk gezicht lijden omdat zij niet overtuigend overkomt als vrouw. De nasofrontale hoek is volgens de chirurg kleiner dan 115 graden, hetgeen een mannelijke frontal bossing weergeeft. De wenkbrauwen zijn recht en staan in verticale zin dicht bij de ogen. Verzoekster heeft een overduidelijk scherpe kaakhoek met een goniale hoek kleiner dan 90 graden. De kin is breed en hoekig van vorm. Volgens de chirurg valt verzoekster derhalve in het mannelijk spectrum qua gelaatskenmerken. Aangezichtschirurgie is volgens de chirurg nodig, zodat een schrikreactie bij derden zal worden voorkomen, net als de reacties die daaruit voortkomen, zoals nakijken, uitlachen en discriminatie.

Het Zorginstituut merkt op dat de beschrijving welk kenmerk het meest bijdraagt aan het passabiliteitsprobleem, ontbreekt.

Het dossier bevat verschillende foto's van het gezicht van verzoekster. De foto's zijn gemaakt vanuit lateraal rechts, lateraal links, schuin van rechtsvoor, schuin van linksvoor, en vanuit een frontaal aanzicht. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Voor zover te beoordelen oogt de haarlijn van verzoekster rond en vrouwelijk. Het voorhoofd is niet erg hoog en frontal bossing is beperkt aanwezig. Deze kenmerken ogen niet storend, mogelijk doordat de wenkbrauwen van verzoekster boogvormig zijn. Daarnaast zijn de kin en de kaaklijn niet opvallend mannelijk. De beschikbare foto's in het dossier veroorzaken derhalve geen schrikreactie.

#### 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 ten laste van de basisverzekering.

#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor aangezichtschirurgie."

- 5.2. In het definitief advies van 28 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) 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."

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie 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.

- 7.2. De commissie constateert dat de aanvraag zoals die thans in geschil is betrekking heeft op een osteotomie (kaak en kin). Partijen zijn verdeeld over het antwoord op de vraag of verzoekster aanspraak heeft op de aangevraagde osteotomie.
- 7.3. Behandelingen van plastisch chirurgische aard vormen een verzekerde prestatie en worden onder bepaalde voorwaarden vanuit de zorgverzekering vergoed. Bij een vastgestelde transseksualiteit bestaat aanspraak op aangezichtschirurgie als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Dit is bepaald in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 2 Bzv. Artikel 21 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is nader uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV-Werkwijzer). De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 7.4. De commissie merkt op dat in de VAV-Werkwijzer is beschreven dat aangezichtschirurgie bij man-vrouw transgender personen onder voorwaarden een te verzekeren prestatie is in geval van een passabiliteitsprobleem. Er is dan sprake van verminking in de zin van artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 2 Bzv.
- 7.5. Een passabiliteitsprobleem bestaat als een transgender persoon in het kader van de transitie van man naar vrouw, zoals bij verzoekster aan de orde is, niet als het door haar zelf ervaren gender wordt herkend. Hierdoor kunnen anderen mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. In zo'n situatie kunnen de mannelijke kenmerken als verminking worden aangemerkt. Deze definitie is opgenomen in het standpunt van het CVZ (de rechtsvoorganger van het Zorginstituut) 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.'* In 2021 heeft het Zorginstituut het standpunt geactualiseerd door de term 'transseksueel' te wijzigen naar de meer passende term 'transgender persoon'.
- 7.6. De behandelend chirurg en verzoekster hebben verklaard dat sprake is van mannelijke gelaatskenmerken, meer in het bijzonder hoekige kin en kaakhoek, waardoor verzoekster nog steeds een passabiliteitsprobleem ervaart. Inmiddels werd namelijk een correctie van de neus uitgevoerd. De medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar zijn van mening dat de neus van verzoekster voorheen mannelijk oogde, maar dat de kaken en de kin niet bij dragen aan een eventueel passabiliteitsprobleem.
- 7.7. De commissie overweegt dat verzoekster terecht heeft opgemerkt dat het primaat wat betreft de indicatiestelling bij haar behandelend arts ligt. Dit neemt niet weg dat deze arts bekend mag worden verondersteld met de strikte voorwaarden voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. Om die reden lag het minst genomen op de weg van de arts om te onderbouwen welk(e) gelaatskenmerken het meest bijdragen aan het passabiliteitsprobleem, welke ingreep of ingrepen wordt/worden voorgesteld en hoe deze ertoe zal/zullen leiden dat het passabiliteitsprobleem vermindert of verdwijnt. Nu dit niet is gebeurd, kan de indicatiestelling niet zonder meer worden gevolgd. Om diezelfde reden treft de verwijzing naar de jurisprudentie door verzoekster geen doel. Het Zorginstituut is tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen sprake is van een passabiliteitsprobleem. De commissie neemt deze conclusie over en beslist dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde aangezichtschirurgie ten laste van de zorgverzekering.
- 7.8. Verzoekster heeft een proces-verbaal van 9 maart 2016 overgelegd, waarvan de commissie begrijpt dat de hierin beschreven gebeurtenis voor haar een zeer ongewenste en vervelende ervaring moet zijn geweest. In een eerder advies van 31 juli 2023 (zaaknummer 2023014769) heeft het Zorginstituut echter opgemerkt dat verklaringen van derden geen deel uitmaken van het toetsingskader, zoals dit in de VAV-Werkwijzer is neergelegd.

De commissie overweegt dat de in het proces-verbaal opgenomen verklaring van verzoekster een persoonlijk beeld geeft van het nare incident dat zij heeft meegemaakt, maar dit niet kan leiden tot een andere conclusie ten aanzien van de verzekeringsindicatie. Daarvoor is het hiervoor genoemde juridische kader leidend.

- 7.9. Verzoekster heeft verder nog opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de Gedragscode een duidelijk onderbouwde reden voor afwijzing had moeten geven. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 19 december 2022 de aanvraag voor een machtiging voor aangezichtschirurgie heeft afgewezen, omdat daarop alleen aanspraak bestaat als een man-vrouw transgender persoon vanwege het nog altijd aanwezige mannelijke gelaat niet als vrouw wordt herkend. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet verzoekster niet aan deze voorwaarde. Voor zover verzoekster zich erop beroept dat de afwijzing onvoldoende zou zijn toegelicht, leidt dit niet ertoe dat de ziektekostenverzekeraar zich niet heeft gehouden aan de Gedragscode. Immers, de wetgever heeft in artikel 114 Zvw de heroverweging door de ziektekostenverzekeraar verplicht gesteld. Verzoekster is in het kader van de heroverweging uitgenodigd en gezien bij het spreekuurbezoek van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. In zijn heroverweging van 5 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de reden van de afwijzing nader toegelicht.

*Slotsom*

- 7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 november 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



---

## 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, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
  - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, 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.

## 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 juli 2022 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 oktober 2022 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 blaasspoelvlloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijn syndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darm passage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 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;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, 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;
- j. 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;
- k. 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;
- l. 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;
- m. 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-vitrofertilisatie-poging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

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

#### **Hier kunt u terecht**

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

#### **Integrale geboortezorg**

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

#### **Let op**

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

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

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, 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 fysicus 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:

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

**Verwijsbrief nodig van**

Huisarts of medisch specialist.

## Artikel 20. Audiologische zorg

Audiologische zorg is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat zorg in verband met:

- Onderzoek naar de gehoorfunctie
- Advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur
- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

**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 audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u 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.

**Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

## 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 verslapte 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 gehemertespleten, 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.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u 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.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

#### **Toestemming**

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen**

Transplantatie van weefsels en organen is alleen geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan moet de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn en in dat land wonen.

De zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. Het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. De in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. Het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.