

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2597

Vragen van de leden **Paulusma** en **Van Ginneken** (beiden D66) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *aangezichtsoperaties bij transgenderzorg* (ingezonden 3 april 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 15 mei 2023).

Vraag 1

Bent u bekend met de signalen dat gezichtsoperaties bij transgenders niet altijd vergoed worden door de zorgverzekeraar?

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Kunt u aangeven hoeveel gezichtsoperaties er jaarlijks verricht worden? Kunt u aangeven hoeveel aanvragen van transpersonen er jaarlijks afgewezen worden?

Antwoord 2

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 3

Kunt u uitleggen waarom er bij gezichtsoperaties gewerkt wordt met een machtigingssysteem in plaats van inkoop van zorg in natura?

Antwoord 3

Aangezichtsoperaties zijn plastisch-chirurgische verrichtingen. Aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard valt slechts gedeeltelijk onder de basisverzekering. Behandelingen die alleen cosmetisch van aard zijn en dus medisch gezien niet noodzakelijk zijn, zijn uitgesloten van het basispakket. Zorgverzekeraars hebben de wettelijke verplichting om vast te stellen of een vergoeding voldoet aan de voorwaarden. Voorafgaand aan een behandeling van plastisch-chirurgische aard moet daarom in alle gevallen voorafgaand toestemming (een machtiging) door de zorgverzekeraar worden gegeven, zodat door de zorgverzekeraar vastgesteld kan worden of de aanspraak op de basisverzekering terecht is. Door het werken met een machtiging wordt vooraf duidelijk of er sprake is van verzekerde zorg. Daardoor krijgt de verzekerde vooraf duidelijkheid over

de vraag of zorgkosten worden vergoed. Hiermee wordt voorkomen dat de declaratie achteraf wordt afgekeurd en de verzekerde geconfronteerd wordt met onverwachte kosten.

Vraag 4

Kunt u aangeven bij welke andere ingrepen er gewerkt wordt met een machtiging? Kunt u uitleggen hoe het proces van aanvraag en toekenning daar werkt bij deze ingrepen?

Antwoord 4

De voorwaarden voor voorafgaande toestemming worden opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen en vastgesteld door het Zorginstituut Nederland. De precieze voorwaarden voor vergoeding van behandelingen en een limitatieve lijst van ingrepen van plastisch-chirurgische aard staan beschreven in de *Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard*.

De limitatieve lijst is te vinden op: <https://www.vecozo.nl/globalassets/documenten--downloads/diensten/machtigingenportaal/formulieren-medisch-specialisten/limitatieve-lijst-msz-2023.xlsx>.

Sinds 2012 verloopt het machtigingenproces via het VECOZO portaal, waarbij gebruik gemaakt wordt van uniforme formulieren die door alle zorgverzekeraars worden gebruikt voor specifieke behandelingen met een aanspraakbeperking.

De zorgaanbieder vraagt de zorg aan via VECOZO en vult de vragenlijst behorend bij de gevraagde zorg in en verstuurd deze naar de zorgverzekeraar. Bij de zorgverzekeraar worden de aanvragen beoordeeld door medisch adviseurs. Deze adviserend geneeskundigen van de zorgverzekeraars hebben hun werkwijze voor de beoordeling van de machtigingen in 2021 vastgelegd in de «Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard» (hoofdstuk 14). Deze is te vinden op de website van de VAV (Vereniging Artsen Volksgezondheid).

Vraag 5 en 6

Klopt het dat er gewerkt wordt aan een nieuw beoordelingskader voor gezichtsoperaties bij transpersonen door verzekeraars en de VAV Werkgroep plastische chirurgie?

Kunt u aangegeven wat de stand van zaken is van die beoordelingskader en of ook vertegenwoordigers van transpersonen betrokken zijn bij de totstandkoming hiervan?

Antwoord 5 en 6

Het beoordelingskader van de Werkwijzer van de VAV bestaat al sinds langere tijd en heeft geen grote inhoudelijke wijzigingen ondergaan. Het beoordelingskader is nog steeds gebaseerd op de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de Standard of Care (SOC) van de WPATH (voorheen HBGDA). Er zijn twee trajecten doorlopen die hebben geleid tot verbeteringen in Hoofdstuk 14 van de werkwijzer. Het nieuwe beoordelingskader is van recente datum (2021).

Er wordt op dit moment niet gewerkt aan verdere aanpassingen van het beoordelingskader. Ik heb begrepen dat er door de betrokken partijen ook nauw contact wordt onderhouden met de patiëntenverenigingen.

Vraag 7

Kunt u aangeven in hoeverre de toets op het «passabiliteitsprobleem» door zorgverzekeraars bij transpersonen, als zij een afweging moeten maken voor het goedkeuren van de financiering voor deze operaties, tot willekeur kan leiden? Hoe wordt dit voorkomen?

Antwoord 7

Er zijn geen «harde» criteria voor het bepalen van een passabiliteitsprobleem. Dat geldt zowel voor zorgverzekeraars als zorgverleners en transpersonen. Het blijft daarmee een visuele beoordeling van foto's en indien nodig op het spreekuur van meerdere artsen en/of medewerkers van de functionele eenheid. De medisch adviseur bij de zorgverzekeraar toetst zo zorgvuldig mogelijk de passabiliteit.

Als eerste beoordeelt de medisch adviseur de foto's op passabiliteit. Bij vermoeden dat er sprake is van passabiliteit voor wens-geslacht, worden meerdere artsen of personen van de functionele eenheid gevraagd om een antwoord te geven op de algemene vraag of de persoon passabel is voor het wens-geslacht. Daarmee wordt willekeur zoveel mogelijk voorkomen en wordt gestreefd naar objectiviteit. Als de persoon passabel is voor het wens-geslacht, wordt er geen machtiging afgegeven. Indien een persoon als niet-passabel wordt beoordeeld komt de volgende stap, waarin beoordeeld wordt welke aspecten van het gelaat in ernstige mate bijdrage aan het niet-passabel zijn. Voor deze aspecten wordt dan een machtiging gegeven voor vergoeding van correctie. Bij bezwaren kunnen verzekerden op het spreekuur van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar gezien worden.

Vraag 8

Kunt u aangeven in hoeverre zorgverzekeraars de criteria voor het beoordelen van de noodzaak voor een aanzicht operatie streng hanteren, waardoor er vaak afwijzingen zijn?

Antwoord 8

Zorgverzekeraars hebben mij laten weten dat zij beoordelen volgens de afspraken.

Vraag 9

Hoe en in hoeverre wordt gecontroleerd via bijvoorbeeld een second opinion of deze afwijzingen op inhoudelijk de juiste grond gebeurt?

Antwoord 9

Zoals bij het antwoord bij vraag 2 aangegeven, zijn hierover geen gegevens beschikbaar.

Zoals bij het antwoord bij vraag 7 aangegeven, wordt om de beoordeling zo objectief mogelijk te maken worden niet afgewezen dan na raadpleging van meerdere medisch adviseurs. Bij bezwaar worden de transpersonen indien nodig op het spreekuur van de medisch adviseur gezien, samen met een tweede persoon uit de functionele eenheid. De beoordeling wordt dus, indien nodig, niet alleen op basis van foto's gedaan. Als een verzekerde het niet eens is met een beslissing van de zorgverzekeraar, kan de beslissing onafhankelijk door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) worden getoetst.

Vraag 10

Erkent u dat het doormaken van een transitie al een kwetsbare periode is in iemands leven, dat een operatie daarin een belangrijke stap is in de bevestiging van iemands gendernieuwe geslacht en dat het dus extra belangrijk is dat hier een goede en zorgvuldige afweging gemaakt wordt?

Antwoord 10

Ik realiseer mij zeker dat een transitie een kwetsbare en belangrijke aangelegenheid is. Zoals hiervoor aangegeven is de inzet om ervoor te zorgen dat iedereen de zorg krijgt die nodig is en om te voorkomen dat de verzekerde achteraf voor verrassingen komt te staan. Daarbij betekent niet dat iedere aanvraag goedgekeurd wordt.