

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500018

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 23 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 april 2025 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 20 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 mei 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Op 6 juni 2025 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 10 juni 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 20 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025012765) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 juni 2025 aan partijen gezonden.
- 1.5. Op 1 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 2 juli 2025 aan verzoeker gezonden. Op 6 juli 2025 heeft verzoeker een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 8 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.6. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 juni 2025 respectievelijk 1 juli 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.7. De nagekomen stukken zijn op 8 juli 2025 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 juni 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 16 juli 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 juli 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 18 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 22 juli 2025 ter kennisname aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 17 juli 2025, door de commissie ontvangen op 5 augustus 2025, heeft verzoeker gereageerd op het definitief advies van het

Zorginstituut. Een kopie hiervan is op 5 augustus 2025 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Spieren & Gewrichten (350,-) en Tand (250,-) (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoeker is op 19 maart 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een ptosiscorrectie van de bovenoogleden (hierna: bovenooglidcorrectie).
- 2.3. Bij brief van 21 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de bovenooglidcorrectie beiderzijds niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag afgewezen blijft. Op 2 december 2024 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 20 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 16 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde bovenooglidcorrectie beiderzijds te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 2 januari 2025 en brief van 23 maart 2025 heeft verzoeker aangevoerd dat op grond van artikel B.23, onderdeel d, van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de aangevraagde behandeling. Verzoeker heeft een aangeboren en tevens chronische afwijking, namelijk een lui oog. Het lui oog heeft te maken met niet goed werkende spiergroepen van en rond het rechteroog. Dit is een dynamisch en voortdurend veranderend proces, waarbij zowel aan de spiergroepen van en rond het linkeroog als aan de spiergroepen van en rond het rechteroog compensaties van niet goedwerkende spieren plaatsvinden. Een operatie in het verleden heeft de aandoening niet verholpen. Deze is nog steeds aanwezig en heeft effect op beide ogen en alles daar omheen. Zo is verzoeker gaan proberen om met zijn rechter wenkbrauwspieren het rechter ooglid op te trekken. Deze vorm van compenseren heeft effect op de verhoudingen in zijn gezicht.
Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, maakt het feit dat verzoeker op 22-jarige leeftijd een operatie heeft gehad, niet dat de aangeboren afwijking en chronische aandoening is opgelost. Daarbij komt dat in de voorwaarden van de zorgverzekering niet is vermeld dat geen dekking bestaat als er in het verleden al een operatie of behandeling heeft plaatsgevonden.
- 3.3. Bij bericht van 6 juni 2025 heeft verzoeker herhaald dat hij een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening heeft. Hiermee is voldaan aan de in artikel B.23,

onderdeel d, van de zorgverzekering genoemde voorwaarden. Verder heeft verzoeker informatie over congenitale ptosis overgelegd.

- 3.4. Bij brief van 17 juli 2025 heeft verzoeker aangevoerd dat waarde moet worden gehecht aan zijn verklaring, aangezien het om hem gaat. Verzoeker heeft verklaard dat hij is geboren met een congenitale ptosis. Dit is geen verzinsel, maar een duidelijke verklaring. Verzoeker kent zijn lichaam en medische geschiedenis het beste. Verder heeft verzoeker gewezen op de door hem overgelegde babyfoto waarop een en ander duidelijk te zien is. Als de door verzoeker overgelegde informatie onvoldoende was, had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gelegen om aanvullende informatie op te vragen. Hij had dan een verklaring van zijn vader of een oogarts kunnen vragen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aangevraagde bovenooglidcorrectie beiderzijds terecht is afgewezen. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 20 mei 2025 toegelicht dat het bij plastische chirurgie en overige behandelingen van het uiterlijk voornamelijk gaat om de aanwezigheid van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking zoals omschreven in artikel 2.4, onder b, van het Besluit zorgverzekering. Over een bovenooglidcorrectie is in het Besluit zorgverzekering opgenomen dat het verzekerde zorg betreft als er sprake is van 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. Artikel B.23, onderdeel d, van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De voorwaarden zijn verder uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (hierna: VAV-Werkwijzer). De VAV-Werkwijzer beschrijft over bovenooglidcorrecties het volgende:

“Er is vergoeding mogelijk bij:

- *een verminking: Dit komt zelden voor. Een voorbeeld waarbij er een aanzienlijke asymmetrie kan optreden is na operatieve verwijdering van een huidtumor van het ooglid;*
 - *een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het volgende kan daarvoor worden aangehouden:*
 - *De verslapping/verlamming van het bovenooglid veroorzaakt een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder (Zie bijlage 4 Achtergrondinformatie oogspleetmeting). Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de patiënt ontspannen recht vooruit kijkt. Het dient aannemelijk te zijn dat correctie van het bovenooglid deze gezichtsveldbeperking oplost.*
 - *Het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt.*
- Omdat bovenstaande omschrijving in de praktijk kennelijk toch tot onduidelijkheid heeft geleid zal onderstaand criterium worden gehanteerd: Een gezichtsveldbeperking veroorzaakt door een overhang van het ooglid tot 1 mm of lager boven het centrum van de pupil, ongeacht of dit veroorzaakt wordt door huidsurplus (dermatochalasis van de bovenoogleden) of zwakte van de oogspier (ptosis van de bovenoogleden).”*

- 4.2. Namens verzoeker is op 19 maart 2024 een aanvraag ingediend met als omschrijving van de klachten/aandoening: *“status na levatorplastiek ivm amblyopie op 22-jarige leeftijd rechts nu weer gezichtsveldbeperking door hangend ooglid.”* Verzoeker is op 22-jarige leeftijd behandeld voor amblyopie. Volgens verzoeker heeft de operatie in het verleden de aandoening niet verholpen. Op basis van de overgelegde aanvullende informatie, waaronder een foto, en het telefonisch overleg op 6 maart 2025 tussen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en de

behandelend plastisch chirurg, blijft de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden van artikel B.23, onderdeel d, van de zorgverzekering. Uit de foto blijkt niet van een verminking of gezichtsveldbeperking door verslakte bovenoogleden. In het geval van verzoeker is geen sprake van een gezichtsveldbeperking waarbij de onderrand van het bovenooglid 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt.

De behandelend plastisch chirurg heeft in het telefoongesprek van 6 maart 2025 bevestigd dat de foto de situatie goed weergeeft. Dit bevestigde voor de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dat de aangeleverde foto adequaat is om te beoordelen of aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding. Volgens de behandelend plastisch chirurg zijn er bij lichamelijk onderzoek ook geen aspecten gevonden die wijzen op verlamde of verslakte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking. De behandelend plastisch chirurg is uitgegaan van wat verzoeker heeft verteld, en heeft daarom in het machtigingsformulier aangegeven dat sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening waardoor een verlamming of verslapping van de bovenoogleden is opgetreden.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder nog opgemerkt dat een lui oog/amblyopie geen aangeboren afwijking is, maar een aandoening die ontstaat in de kinderjaren. Hij heeft hierbij verwezen naar informatie op de websites van het Oogziekenhuis en oogartsen.

- 4.3. Bij brief van 18 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zich aansluit bij het definitief advies van het Zorginstituut. Net als het Zorginstituut concludeert de ziektekostenverzekeraar dat bij verzoeker geen sprake is van een aangeboren of bij de geboorte aanwezige ptosis. In het dossier ontbreekt een medische onderbouwing hieromtrent. Verzoeker voldoet daarmee niet aan de criteria voor vergoeding van een bovenooglidcorrectie.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 20 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening is bij verzoeker geen sprake. Een lui oog is geen aangeboren afwijking, maar iets wat ontstaat in de jonge kinderjaren. Daarnaast blijkt uit het dossier dat verzoeker op 22-jarige leeftijd is geopereerd aan amblyopie door middel van een levatorplastiek, dat is een inkorting van de spier die het oog optrekt. Vervolgens is opnieuw een ptosis opgetreden. Het opnieuw optreden van de ptosis kan evenmin aangemerkt worden als een aangeboren afwijking. Een bovenooglidcorrectie kan daarnaast voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van een verminking of aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In het dossier is een foto van verzoeker opgenomen. De foto is frontaal genomen en verzoeker kijkt ontspannen recht vooruit. Uit de foto blijkt niet dat sprake is van een verminking van het ooglid.

Daarnaast is bij verzoeker geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Op de foto is te zien dat de rechter ooglidrand zich op een iets lager niveau bevindt dan links en vooral mediaal iets over de pupil hangt. Ook is zichtbaar dat de wenkbrauw rechts hoger is gepositioneerd dan links. De onderrand van het bovenooglid hangt echter niet 1 mm of lager boven het centrum van de pupil bij meting ter hoogte van het centrum van de pupil. De geconstateerde asymmetrie in het gezicht lijkt het gevolg van de door verzoeker zelf geconstateerde ‘compensatie’, door het optrekken van de wenkbrauwspieren rechts wordt geprobeerd het rechter ooglid iets omhoog te trekken. Tot slot bevat het dossier geen voorbeelden van belemmeringen in het dagelijks functioneren van verzoeker die het gevolg zijn van het hangende ooglid. Bij verzoeker is dan ook geen sprake van een gezichtsveldbeperking zoals omschreven in de VAV-werkwijzer.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat bij verzoeker geen sprake is van een vermindering of lichamelijke functiestoornis. Ook is bij verzoeker geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een bovenooglidcorrectie ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de criteria voor vergoeding van een bovenooglidcorrectie ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 16 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft de aanvullende stukken ontvangen. Verzoeker en verweerder hebben ervoor gekozen om niet te worden gehoord.

In de aanvullende stukken geeft verzoeker aan dat sprake is van congenitale ptosis. Ook heeft verzoeker algemene informatie opgenomen over de diagnostiek en behandeling van congenitale ptosis. Hierin staat onder meer vermeld dat ptosis zowel aangeboren als verworven kan zijn.

In het toegezonden dossier en de aanvullende stukken zijn echter geen medische gegevens aanwezig, waaruit blijkt dat bij verzoeker sprake is van een aangeboren of bij de geboorte aanwezige ptosis. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut dan ook niet vaststellen dat sprake is van een aangeboren afwijking.

Uit de aanvullende stukken komen dus 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 A.18 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 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.
- 7.2. Namens verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een bovenooglidcorrectie beiderzijds. Het gaat hier om een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat. Hiervoor gelden voorwaarden. Deze staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.23 van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. De onderdelen 4 en 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoeker niet van

toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1, 2 en 3. In de onderdelen 1 en 2 zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. In onderdeel 3 is bepaald dat aanspraak bestaat op correctie van verlamde of verslaptte 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.

- 7.3. Verzoeker heeft zich op het standpunt gesteld dat aanspraak bestaat op de bovenooglidcorrectie beiderzijds, omdat bij hem een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening aan de orde is. Hij had een lui oog en op 22-jarige leeftijd is hij hieraan geopereerd. De aangeboren afwijking en chronische aandoening bestaat volgens hem echter tot op heden. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. De commissie overweegt als volgt.
- 7.4. In zijn advies aan de commissie van 20 juni 2025 heeft het Zorginstituut gesteld dat bij verzoeker geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij geboorte aanwezige chronische aandoening. Het Zorginstituut heeft hierbij toegelicht dat een lui oog geen aangeboren afwijking is, maar iets wat ontstaat in de jonge kinderjaren. Uit het dossier blijkt dat verzoeker op 22-jarige leeftijd is geopereerd aan amblyopie door middel van een levatorplastiek, dat is een inkorting van de spier die het oog optrekt. Vervolgens is opnieuw een ptosis opgetreden. Het opnieuw optreden van de ptosis kan evenmin worden aangemerkt als een aangeboren afwijking. Bij definitief advies van 16 juli 2025 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat verzoeker stukken heeft overgelegd over congenitale ptosis. In het toegezonden dossier en de aanvullende stukken zijn evenwel geen medische gegevens aanwezig waaruit blijkt dat bij verzoeker sprake is van een aangeboren of bij de geboorte aanwezige ptosis. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut dan ook niet vaststellen dat sprake is van een aangeboren afwijking.
- 7.5. Een bovenooglidcorrectie kan daarnaast voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Wat hieronder moet worden verstaan is nader uitgewerkt in de VAV-Werkwijzer. Deze wordt gehanteerd als richtlijn voor de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.

Een verminking van het bovenooglid komt zelden voor. Een voorbeeld waarbij er een aanzienlijke asymmetrie kan optreden is na operatieve verwijdering van een huidtumor van het ooglid. Deze of een daarmee vergelijkbare situatie doet zich bij verzoeker niet voor, zoals ook door het Zorginstituut aan de hand van de overgelegde frontale foto is vastgesteld.

Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake als de verslapping of verlamming van het bovenooglid een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder veroorzaakt.

Hierover heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie van 20 juni 2025 opgemerkt dat uit eerder genoemde frontale foto niet blijkt van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Op de overgelegde foto is te zien dat de rechter ooglidrand zich op een iets lager niveau bevindt dan links en vooral mediaal iets over de pupil hangt. Ook is zichtbaar dat de wenkbrauw rechts hoger is gepositioneerd dan links. De onderrand van het bovenooglid hangt echter niet 1 mm of lager boven het centrum van de pupil bij meting ter hoogte van het centrum van de pupil. De geconstateerde asymmetrie in het gezicht lijkt het gevolg van de door verzoeker zelf geconstateerde ‘compensatie’, door het optrekken van de wenkbrauwspieren rechts wordt geprobeerd het rechter ooglid iets omhoog te trekken. Tot slot bevat het dossier geen voorbeelden van belemmeringen in het dagelijks functioneren van verzoeker die het gevolg zijn van het hangende ooglid. Bij verzoeker is dan ook geen sprake van een gezichtsveldbeperking zoals omschreven in de VAV-werkwijzer.

7.6. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. De door verzoeker aangeleverde babyfoto is onderdeel van het dossier dat door het Zorginstituut is beoordeeld en betrokken in zijn conclusie. Hierbij merkt de commissie op dat de behandelend plastisch chirurg in een telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar op 6 maart 2025 heeft verklaard dat er bij lichamelijk onderzoek geen aspecten gevonden die wijzen op verlamde of verslapte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking. Anders dan verzoeker meent lag het niet op de weg van de ziektekostenverzekeraar maar op die van hem om het bestaan hiervan aan te tonen. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut daarom over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 september 2025,

A. de Ruijter

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelingen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msz;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&q=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellzorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a. verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b. verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk '[B. Verzekerde zorg basisverzekeringen](#)' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door op onze website het online aanvraagformulier volledig in te vullen. Of door het aanvraagformulier (pdf) uit te printen en volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Jaarlijks wordt u (verzekeringnemer) door ons geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekering en de nieuwe premie (voor u en uw medeverzekerden). U ontvangt hiervoor een (gezins)polisblad. Daarnaast stellen wij jaarlijks de polisbladen beschikbaar via [MijnFBTO](#). Klanten met voorkeur voor postale communicatie ontvangen een nieuw polisblad wanneer er wijzigingen in de polis worden doorgegeven. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 Geen recht op zorg als gevolg van bijzondere situaties in Nederland

U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a. een gewapend conflict;
- b. een burgeroorlog;
- c. een opstand;
- d. binnenlandse onlusten;
- e. oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Let op!

Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarden voor het recht op deze zorg

1. Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen voor de transplantatie. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.
2. Voor het vervoer van de donor moeten wij u toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

B.23 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen);
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemelte spleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij trans vrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel [B.28](#).

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgender personen, is een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het multidisciplinaire genderteam. Het multidisciplinaire genderteam is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van genderincongruentie en werkt structureel met elkaar samen. Binnen dit team moet een ter zake deskundige de regie voeren gedurende het hele behandeltraject.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Wij vergoeden plastische chirurgie alleen als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
 - a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen;
 - b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
 - c. liposuctie van de buik;
 - d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
2. U heeft geen recht op behandelingen in een privékliniek.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

B.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([24.1](#)) en geriatrische revalidatie ([24.2](#)).

24.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a. stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b. een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.