

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, aangezichtscorrectie, man- naar-vrouw transitie,
passabiliteit

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101876

Zittingsdatum : 23 maart 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 26 september 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 10 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 20 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 januari 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 18 februari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022003034) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 februari 2022 aan partijen gestuurd. Bij brief van 16 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie verstrekt. Een kopie hiervan is aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 maart 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 28 maart 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 28 maart 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Naturapolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand (€ 250,-), Zorg in het buitenland, Europa, Zorg & Herstel en Tand ongeval (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 18 augustus 2021 heeft de behandelend chirurg namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een "Correctief chirurgische behandeling

van de deformiteiten aan het benig neusskelet met laterale osteotomie". Bij brief van 25 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 1 september 2021 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 8 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster de mogelijkheid geboden tot een spreekuurbezoek, in aanwezigheid van twee medisch adviseurs. Dit spreekuurbezoek heeft op 16 maart 2022 plaatsgevonden. Over de uitkomst hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van dezelfde datum geïnformeerd, onder overlegging van verschillende foto's van verzoekster, met daarbij de mededeling dat de ingreep reeds had plaatsgevonden.
- 3.5. Bij brief van 18 februari 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"Beoordeeld moet worden of bij verzoekster sprake is van een verminking in de zin van de regelgeving. In dit geval betekent dit dat er sprake moet zijn van een passabiliteitsprobleem.

Uiterlijke kenmerkenlijst

In het standpunt van 2010 heeft het Zorginstituut (toen nog CVZ) aangegeven dat zorgverzekeraars bij het beoordelen van een aanvraag gebruik kunnen maken van de uiterlijke kenmerkenlijst. Onlangs heeft het Zorginstituut signalen ontvangen van zorgverzekeraars dat de uiterlijke kenmerkenlijst, waarmee een passabiliteitsprobleem beoordeeld kan worden, niet meer wordt gebruikt door zorgaanbieders. Omdat kennelijk zowel zorgaanbieders als verzekeraars hebben aangegeven dat de uiterlijke kenmerkenlijst in de praktijk niet goed toepasbaar blijkt (niet valide) wordt deze niet meer als hulpmiddel voor het beoordelen van een indicatie gebruikt. Het beoordelingskader moet daarom aangepast worden. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de VAV-Werkgroep plastische chirurgie zijn hiermee bezig in samenwerking met het Zorginstituut. Het Zorginstituut is van mening dat in de tussentijd de motivering door de behandelaar in de aanvraag, ondersteund met beeldmateriaal, als uitgangspunt moet worden genomen voor het vaststellen van een passabiliteitsprobleem. Bij voorkeur wordt in de aanvraag duidelijk omschreven waarom sprake is van een passabiliteitsprobleem bij de verzekerde, wat het probleem veroorzaakt en op welke manier de aangevraagde ingreep of ingrepen zullen leiden tot verbetering van het passabiliteitsprobleem. De gelaatskenmerken waar het voornamelijk om draait zijn kin, neus, kaak/kaaklijn en voorhoofd.

Passabiliteitsprobleem verzoekster

Door de aanvragend behandelaar worden in de aanvraag geen problemen beschreven.

Volgens verweerder is er geen sprake van een passabiliteitsprobleem. Verweerder heeft meerdere medisch adviseurs onafhankelijk van elkaar de foto's van verzoekster laten beoordelen. Op basis van de beschikbare aanvraag, foto's en brieven is geconcludeerd dat er geen sprake is van een passabiliteitsprobleem, de neus imponeert niet als mannelijk.

Medisch adviseur

In het dossier zijn meerdere foto's beschikbaar. Hieruit valt niet te concluderen dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem.

Aanvullende informatie

Op 10 februari 2022 heeft het Zorginstituut aanvullende informatie ontvangen. Verweerder doet een vrijblijvend aanbod voor een spreekuur bezoek. Mede omdat nog moet worden afgewacht of dit zal plaatsvinden, verandert de inhoud van het advies hier niet door.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoekster sprake is van een passabiliteitsprobleem. De aanvraag van de behandelaar bevat daarvoor onvoldoende informatie. Er kan niet geconcludeerd worden dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem. Verder blijkt geen sprake van verminking anderszins of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Het advies

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

Niet is aangetoond dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor aangezichtschirurgie. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de inmiddels uitgevoerde aangezichtscorrectie te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster is een trans-vrouw. Zij ondervond problemen met haar passabiliteit en vond met name haar neus erg mannelijk. Ook kreeg verzoekster vaak negatieve reacties van derden. Zo werd zij bijvoorbeeld raar aangekeken, uitgelachen, beledigd en zelfs door haar familie uitgescholden. Dit alles omdat verzoeksters neus, in verhouding, redelijk ver uitstak en groot was voor haar gezicht. Om de negatieve reacties te ontwijken had verzoekster moeite zich in het openbaar te vertonen en bleef zij liever thuis. Een en ander had wel tot gevolg dat zij ernstig werd beperkt in haar dagelijks functioneren. Zij wilde daarom de aangevraagde operatie ondergaan, waardoor haar gezicht vrouwelijker zou worden. Verzoekster stelt dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk is. In de eerste afwijzende beslissing wordt gemeld dat in het geheel geen passabiliteitsprobleem bestaat. In een latere brief wordt daarentegen gemeld dat wel sprake is van een dergelijk probleem, maar dat dit niet wordt veroorzaakt door de neus. Nog weer later stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat het passabiliteitsprobleem wordt veroorzaakt door de gezichtsbehang. Dit laatste slaat volgens verzoekster nergens op, aangezien zij al gedurende een jaar bezig is met laserbehandelingen. Alleen rond de kin en de mond resteren nog enkele haartjes, maar deze kunnen goed worden gecamoufleerd door middel van make-up.
- 6.3. Wat verzoekster verder stoort is dat de ziektekostenverzekeraar geen contact heeft opgenomen met haar behandelend chirurg. Zij verwijst in dit verband naar een uitspraak van de rechtbank en een arrest van het gerechtshof, te weten ECLI:NL:RBGEL:2020:4279 en ECLI:NL:GHARL:2019:10906. Hierin heeft de rechter, respectievelijk in r.o. 4.11 en r.o. 5.5,

geoordeeld dat het primaat van de beoordeling of een patiënt op een bepaalde behandeling is aangewezen, en in dit geval of sprake is van een passabiliteitsprobleem, bij de behandelend/ indicierend arts ligt. Overigens betekent dit niet dat de zorgverzekeraar, mede vanuit zijn rol, geen eigen beoordeling mag uitvoeren of een behandeling onder de dekking valt en of de verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. Deze beoordeling dient echter objectief en toetsbaar plaats te vinden. Nu de ziektekostenverzekeraar geen informatie heeft ingewonnen bij de behandelend chirurg is geen sprake van een zorgvuldig besluit. Verder leidt het feit dat de ziektekostenverzekeraar zijn besluit enkel heeft gebaseerd op de visie van zijn medisch adviseurs, tot de conclusie dat ook geen sprake is van een onafhankelijk besluit.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aangevraagde behandeling afgewezen. Aangezichtschirurgie bij de transitie van man naar vrouw valt onder de dekking van de zorgverzekering als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Vast staat dat verzoekster geen fysieke klachten van het te corrigeren lichaamsdeel ondervond, zodat niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verminking is bij transgenderzorg aan de orde als een passabiliteitsprobleem bestaat. Volgens een uitspraak van de rechtbank Gelderland van 8 juli 2020 (ECLI:NL:RBGEL:2020:4279) moet en mag de ziektekostenverzekeraar een eigen beoordeling uitvoeren of een behandeling onder de dekking valt en of de verzekerde redelijkerwijs op de gevraagde zorg is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag laten beoordelen door zijn medisch adviseurs. Deze hebben op basis van de in het dossier aanwezige foto's geoordeeld dat er bij verzoekster geen passabiliteitsprobleem aanwezig is, althans niet veroorzaakt door de neus. Zou dit overigens wel aan de orde zijn, dan moet uit de aanvraag duidelijk blijken welk kenmerk het meest aan die problematiek bijdraagt en op welk deel van de voorgestelde ingreep verzoekster redelijkerwijze is aangewezen. Specifiek kijkend naar de aanvraag en de aangeleverde foto's, was het oordeel van de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar: "de neus imponeert niet als mannelijk. Het is geen neus die in het geheel niet zou voorkomen bij vrouwen. Er is inderdaad sprake van een milde hump. Een hump is echter geen indicatie voor een (septo-)rhinoplastiek. Niet functioneel en niet cosmetisch. De neus is klein en smal, met iets omhoog staande tip wat juist vrouwelijk imponeert. In het kader van rechtsgelijkheid zou een dergelijke aanvraag bij een cis-vrouw niet gehonoreerd worden omdat de neus niet als verminkend wordt beoordeeld."

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.5. Ten behoeve van verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een 'correctief chirurgische behandeling van de deformiteiten aan het benig neusskelet met laterale osteotomie'. Dit is een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt op grond van artikel B.25 van de voorwaarden van de zorgverzekering dekking voor plastische chirurgie als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Verzoekster ondervond voor de ingreep geen fysieke klachten van haar neus, zodat niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hierover verschillen partijen ook niet van mening. Hetgeen hen verdeeld houdt is het antwoord op de vraag of sprake is van verminking.
- 6.6. Verminking in het kader van aangezichtschirurgie ten behoeve van de transitie van man naar vrouw bestaat in geval van een passabiliteitsprobleem. De definitie hiervan is opgenomen in het standpunt van het CVZ (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'. Het standpunt luidt, voor zover hier van belang: "Men spreekt van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan

een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren." In die situatie kunnen de mannelijke gelaatstrekken van betrokkene als verminking worden aangemerkt.

- 6.7. Bij de beantwoording van de vraag of een passabiliteitsprobleem bestaat, werd in het verleden gebruik gemaakt van een zogenoemde uiterlijke kenmerkenlijst. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 18 februari 2022 toegelicht dat aan de ingevulde uiterlijke kenmerkenlijst geen betekenis (meer) kan worden toegekend, aangezien deze in de praktijk niet toepasbaar (valide) is gebleken. In afwachting van een nieuw beoordelingskader is het aan de behandelaar in de aanvraag, ondersteund met beeldmateriaal, het bestaan van een passabiliteitsprobleem te onderbouwen. Bij voorkeur wordt in de aanvraag duidelijk omschreven waarom sprake is van een passabiliteitsprobleem bij de verzekerde, wat het probleem veroorzaakt en op welke manier de aangevraagde ingreep of ingrepen zullen leiden tot verbetering van het passabiliteitsprobleem. In de situatie van verzoekster ontbreekt een dergelijke onderbouwing door de behandelend chirurg. Op basis van de overgelegde foto's en de ingediende aanvraag concludeert het Zorginstituut in zijn advies van 18 februari 2022 dat het bestaan van een passabiliteitsprobleem, en daarmee van de (verzekerings)indicatie verminking, niet is komen vast te staan. Het Zorginstituut stelt daarnaast vast dat ook niet kan worden gesproken van verminking anderszins of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, en adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek.
- 6.8. Verzoekster heeft aangevoerd dat het niet aan de ziektekostenverzekeraar is om "op de stoel van de arts te gaan zitten". Ter onderbouwing hiervan heeft zij verwezen naar een tweetal rechterlijke uitspraken, te weten ECLI:NL:RBGEL:2020:4279 en ECLI:NL:GHARL:2019:10906. De commissie kan verzoekster hierin volgen, in die zin dat een zorgverzekeraar niet zelf een medische indicatie kan stellen; dit is voorbehouden aan de zorgaanbieder. Wordt door een zorgaanbieder een zodanige indicatie gesteld, dan betekent dit echter niet zonder meer dat ook een verzekeringsindicatie bestaat. Daartoe moet aan de in dat verband geldende verzekeringsvoorwaarden zijn voldaan. Tot deze voorwaarden behoort de eis dat betrokkene naar aard en omvang redelijkerwijs op een vorm van zorg of een dienst moet zijn aangewezen (artikel 2.1, derde lid, Bzv). Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard gelden daarnaast de in de voorgaande overwegingen benoemde specifieke eisen ten aanzien van de indicatie (verminking, aantoonbare lichamelijke functiestoornis), die voortvloeien uit artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv. Het is aan de individuele zorgverzekeraar een beoordeling uit te voeren. Daarbij mag hij zich baseren op de informatie die hij van de verzekerde of de zorgaanbieder heeft ontvangen. Het ligt op de weg van degene die aanspraak maakt op verstrekking of vergoeding ten laste van de verzekering om aan te tonen dat aan de in dat verband toepasselijke voorwaarden is voldaan. Dit volgt uit artikel 150 Rv.
- 6.9. In dit geval is het derhalve aan verzoekster te stellen en te onderbouwen dat sprake is van verminking als bedoeld in artikel B.25. van de verzekeringsvoorwaarden, meer specifiek in de vorm van een passabiliteitsprobleem, veroorzaakt door de neus. Uit de door de chirurg ingediende aanvraag blijkt niet dat een dergelijk probleem bij verzoekster aan de orde is en ook uit de latere correspondentie volgt dit niet. Verzoekster heeft aangevoerd dat de besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar objectief en toetsbaar moet plaatsvinden en dat sprake dient te zijn van een onafhankelijk besluit. Gelet op het hiervoor geschetste kader, is de commissie van oordeel dat de besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar voldoende inzichtelijk en zorgvuldig is geweest. Dat de ziektekostenverzekeraar hierbij gebruik heeft gemaakt van zijn medisch adviseurs - die overigens worden geacht zich een zelfstandig medisch oordeel over de zaak te vormen - doet hieraan niet toe of af. Waar het gaat om de uitkomst van de besluitvorming, heeft verzoekster betoogd dat de ziektekostenverzekeraar contact had moeten opnemen met de zorgaanbieder. De commissie overweegt dat van een zorgaanbieder mag worden verwacht dat hij bekend is met de voor zijn beroepsgroep toepasselijke richtlijnen en dat hij tevens op de hoogte is van de in het kader van een machtigingsaanvraag te verstrekken informatie. Anderzijds kan van een zorgverzekeraar niet worden verwacht dat deze bij elke door hem ontvangen, op een bepaald punt niet toereikende aanvraag contact opneemt met de verzekerde of de zorgaanbieder. Alleen als

gerede twijfel bestaat of aan de verzekeringsvoorwaarden wordt voldaan heeft een dergelijk contact meerwaarde. Die laatste situatie speelt hier echter niet, aangezien het bestaan van een passabiliteitsprobleem in de aanvraag niet is onderbouwd en hierin evenmin wordt toegelicht hoe de gewenste behandeling bijdraagt aan het oplossen van dit probleem.

De commissie ziet daarom geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut en neemt dit over. Dit leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de inmiddels uitgevoerde aangevraagde aangezichtscorrectie, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor plastische chirurgie. Het verzoek kan daarom niet op basis hiervan worden ingewilligd.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 april 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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.

(...)

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:

(...)

- 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 verslachte 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 gehemelte spleten, 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;

(...)

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. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese 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;

(...)

.

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.

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

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. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

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. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.25 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;
- c. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltepleten;
 - 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 transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (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.30](#).

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

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. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.26 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([26.1](#)) en geriatrische revalidatie ([26.2](#)).

26.1 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.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
2. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. eerstelijns verblijf.