



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, epilatie schaamstreek bij transitie man-vrouw
Zaaknummer : 201701574
Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra 1 en IZZ Zorg voor de Zorg afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op epilatie van de schaamstreek in verband met de transitie van man naar vrouw (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij klachtenformulier van 24 augustus 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 november 2017 medegedeeld de nota's van de epilatie van de schaamstreek alsnog te vergoeden. Een afschrift hiervan is op 22 november 2017 aan verzoekster gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekster heeft bij brief van 28 november 2017 medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost,

en dat zij graag een uitspraak van de commissie wenst. Een afschrift van deze brief is op 13 december 2017 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 januari 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 januari 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.7. Bij brief van 20 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 26 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017057812) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat de aangevraagde epilatie van de schaamstreek een onlosmakelijk onderdeel is van de (geplande) vaginoplastiek. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag daarom alsnog terecht toegewezen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 30 januari 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is vanaf mei 2016 onder behandeling bij het genderteam van het Universitair Ziekenhuis in Gent, België, in verband met de transitie van man naar vrouw. Momenteel staat zij op een wachtlijst voor een geslacht-corrigerende operatie, waarbij de wachttijd twee tot drie jaar bedraagt. In de tussentijd concentreert verzoekster zich op de voorbereidende behandelingen, waaronder de permanente epilatie van haar gelaat en hals, alsmede van de schaamstreek. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding verleend voor de epilatie van het gelaat en de hals, maar weigerde de kosten van de epilatie van de schaamstreek te vergoeden. Deze behandeling is evenwel noodzakelijk, omdat de huid voor het uitvoeren van de vaginoplastiek permanent onthaard dient te zijn. De reden is dat de huid van de schaamstreek zal worden gebruikt voor de binnenzijde van de neovagina, waarbij haargroei kan leiden tot ernstige ontstekingen.

4.2. Het Zorginstituut heeft in 2008 een standpunt ingenomen over de epilatie van de schaamstreek, en hieruit volgt dat het gaat om een verzekerde prestatie. Deze zienswijze zou ertoe moeten leiden dat de ziektekostenverzekeraar de epilatie van de schaamstreek vergoedt. Het Zorginstituut merkt verder op dat de kosten van de epilatie zijn verdisconteerd in het DBC-zorgproduct dat van toepassing is op de vaginoplastiek. Het Belgische ziekenhuis werkt echter niet met deze systematiek.

4.3. Samenvattend is verzoekster van mening dat zij een zorgtraject volgt dat volledig voor vergoeding in aanmerking komt, namelijk de transitie van man naar vrouw. In dat zorgtraject vindt een medisch noodzakelijke interventie plaats, namelijk de geslacht-corrigerende operatie, die bijwerkingen geeft die preventief kunnen en moeten worden behandeld, te weten permanente epilatie van de schaamstreek. Deze behandeling moet daarom worden gezien als een te vergoeden prestatie.

4.4. Bij brief van 28 november 2017 heeft verzoekster medegedeeld blij te zijn met de toezegging van de ziektekostenverzekeraar de epilatie van de schaamstreek alsnog te vergoeden, maar hierbij heeft zij wel opgemerkt dat een zodanige toezegging niet in lijn is met de standaardprocedure van de ziektekostenverzekeraar. De vergoeding is daarom niet op de juiste basis verleend. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar die verzoekster heeft gesproken, vertelde dat hij de declaratie persoonlijk en handmatig moet verwerken omdat volgens 'het systeem' deze declaratie niet mag worden gehonoreerd. Ook eerdere ervaringen met de ziektekostenverzekeraar leiden ertoe dat verzoekster geen vertrouwen heeft in de afspraak zoals deze er nu ligt. Zij wenst zekerheid dat zij de vergoeding blijft krijgen waarop zij recht heeft. Daarnaast onderstreept zij het algemene belang van transpersonen die te maken krijgen met zorgverzekeraars die weigeren zorg te vergoeden die in het kader van transgenderzorg noodzakelijk is. Aan de individuele afspraak tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster kunnen andere transpersonen geen rechten ontleenen. Een bindend advies van de commissie kan hierin verandering brengen. Daarom wenst verzoekster

alsnog een uitspraak van de commissie, waarin is vastgelegd dat de zorgverzekering aanspraak biedt op epilatie van de schaamstreek.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De epilatie van het gezicht en de hals vormt een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, zodat hiervoor aan verzoekster een machtiging is verleend tot een bedrag van € 1.500,-. De epilatie van de schaamstreek vormt daarentegen geen verzekerde prestatie, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de betreffende kosten, ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Bij brief van 21 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld enkele malen telefonisch contact te hebben gehad met de vader van verzoekster. De vader van verzoekster heeft daarna de situatie persoonlijk toegelicht tijdens een bijeenkomst van verzekerden en medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. In vervolg hierop is een aantal afspraken met de vader van verzoekster gemaakt, waarbij is medegedeeld dat de nota's van de epilatie van de schaamstreek alsnog worden vergoed. Daarnaast heeft verzoekster een vast aanspreekpunt gekregen binnen de organisatie, en heeft de ziektekostenverzekeraar de ervaren problemen besproken en verbeteringen in gang gezet om ervoor te zorgen dat de oorzaak van de problemen structureel wordt aangepakt. Namens de ziektekostenverzekeraar zijn aan verzoekster excuses aangeboden voor de vervelende ervaringen die zij heeft gehad.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering gehouden is de kosten van de epilatie van de schaamstreek te vergoeden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"

8.4. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling 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; (...)*
- 5. correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit; (...)"*

8.5. De artikelen 9 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.


8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.


9. Beoordeling van het geschil


Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Het Zorginstituut heeft op 22 september 2008 een standpunt ingenomen over onder andere de epilatie van het perineo-scrotaal/vaginaal gebied, en heeft daarbij het volgende overwogen:
"(...) Ten behoeve van de constructie van de neovagina respectievelijk de constructie van de penis is epilatie van het perineo-scrotaal/vaginaal gebied (veelal) medisch noodzakelijk. Deze epilatie maakt onlosmakelijk onderdeel uit van de vaginoplastiek en penisconstructie. Deze behandelingen zijn behandelingen van plastisch-chirurgische aard en betreffen de correctie van een primair geslachtskenmerk. Deze ingrepen (inclusief epilatie) vallen onder artikel 2.4, lid 1, onder b, ten vijfde (correctie van uiterlijk geslachtskenmerk bij een vastgestelde trans-seksualiteit). Voor de goede orde: valt een ingreep onder deze noemer, dan behoeft niet ook nog eens te zijn voldaan aan het criterium verminking resp. lichamelijke functiestoornis (zie hierna). Om voldoende verwijdering van haren in de regio genitalis voor de geslachtsveranderende operatie te bereiken zijn circa 6 behandelingen nodig. Het ziekenhuis moet voorzien in de epilatie en de kosten ervan moeten in de DBC die gebruikt wordt voor de vaginoplastiek respectievelijk penisconstructie, worden verdisconteerd. (...)"
Dit standpunt heeft het Zorginstituut in het advies van 26 januari 2018 gehandhaafd.
- 9.2. De commissie sluit aan bij het standpunt van het Zorginstituut en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Een en ander leidt tot het oordeel dat de zorgverzekering, anders dan door de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk is gesteld, wel degelijk dekking biedt voor epilatie in de schaamstreek bij een transitie van man naar vrouw, doch dat de vergoeding hiervoor is opgenomen in de vergoeding die wordt verleend voor een vaginoplastiek.
In Nederland worden de kosten van een vaginoplastiek gedeclareerd door middel van een DBC-zorgproductcode. Verzoekster is evenwel onder behandeling in een Belgisch ziekenhuis. In België wordt de DBC-systematiek niet gehanteerd en verzoekster meent daarom dat deze haar niet kan worden tegengeworpen.
- 9.3. De commissie merkt hierover op dat twee wegen bestaan om tot vergoeding van een in een andere EU/EER-lidstaat ondergane electieve behandeling te komen. De eerste is die van Vo. nr. 883/2004. In het kader van genoemde verordening wordt de zorgverzekering beschouwd als een sociale ziektekostenverzekering. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 had verzoekster de ziektekostenverzekeraar vooraf om toestemming kunnen vragen voor de behandeling in Gent. Indien deze was verleend, zouden de kosten zijn vergoed volgens de voorwaarden van de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft deze procedure echter niet gevolgd.
De andere mogelijkheid is die van de zorgverzekering, waarbij in artikel 9 is bepaald dat indien de zorg in het buitenland wordt genoten, de kosten worden vergoed op basis van het toepasselijke Wmg-tarief dan wel het marktconforme tarief. De commissie heeft hiervoor bepaald dat sprake is van een verzekerde prestatie. De kosten hiervan kunnen echter niet apart worden gedeclareerd binnen de Nederlandse systematiek. Zou dit wel worden toegestaan, dan betekent dit mogelijk een verruiming van de dekking in die zin dat de ziektekostenverzekeraar tweemaal voor de epilatie zou betalen, namelijk als onderdeel van de vaginoplastiek - waarbij de epilatie in het DBC-zorgproduct is begrepen - en als zelfstandige aanspraak. Dit is niet gewenst, en daarom is de commissie van oordeel dat alle kosten die samenhangen met een vaginoplastiek - waaronder de kosten van epilatie - dienen te worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering, een en ander conform het advies van het Zorginstituut, voor zover het totaal van die kosten het toepasselijke Wmg-tarief dan wel het marktconforme tarief voor het DBC-zorgproduct voor een vaginoplastiek niet te boven gaat. Het voorgaande laat onverlet dat de ziektekostenverzekeraar in het onderhavige geval heeft toegezegd de kosten van de epilatie - naar de commissie thans begrijpt als onderdeel van voornoemd DBC-zorgproduct - te zullen vergoeden.


 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor epilatie, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen.

 10.2. Aangezien het verzoek wordt toegewezen bepaalt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster dient te vergoeden.

 Zeist, 7 februari 2018,

 A.I.M. van Mierlo