



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, vulvoplastiek, vrouwelijke genitale verminking
Zaaknummer : 201701917
Zittingsdatum : 23 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Zorg 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.
- De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering FNV TandZorg 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een vulvplastiek (hierna: de aanspraak). Bij een niet nader geduid vergoedingsoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 december 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 maart 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 maart 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 6 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018012064) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet is gebleken dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Deze conclusie licht hij, voor zover hier van belang, als volgt toe: "(...) *Het Zorginstituut is van mening dat besnijdenis van zowel mannen als vrouwen vanwege religieuze of culturele redenen geen ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting is. Er kan dan ook geen sprake zijn van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting zoals bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, onder b van het Bzv. (...) Wel kan vrouwenbesnijdenis, vooral Type III FGM (infibulatie) gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Behandeling daarvan valt onder de Zvw-voorwaarden en bestaat uit een gynaecologisch chirurgische behandeling in de vorm van de-infibulatie met midline incisie.*(...)" Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 mei 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 29 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 juni 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. In aanvulling hierop heeft hij, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: "(...) *Al in 2014 heeft de vorige minister van VWS in reactie op Kamervragen toegezegd hersteloperaties in geval van vrouwelijke genitale verminking aan het verzekerde basispakket toe te voegen, na definitieve afronding van het daarop betrekking hebbende multidisciplinaire protocol. Wij hebben van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) begrepen dat de conceptversie van de Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV) inmiddels is opgesteld. In de leidraad wordt ook ingegaan op het doel van chirurgische reconstructie van vrouwelijke genitale verminking, de verschillende chirurgische mogelijkheden die daarvoor bestaan en de gevolgen van reconstructie. De verwachting is dat deze leidraad, na afronding van de binnenkort te starten commentaar- en autorisatiefase, in oktober dit jaar definitief is en gepubliceerd wordt. Mede op basis van de definitieve leidraad kan de minister van VWS de besluitvorming over pakketopname verder ter hand nemen.*" Een afschrift van dit advies is op 14 juni 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 18 juni 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft in 2015 een vulvoplastiek ondergaan in verband met verminking die het gevolg was van een zeer traumatische besnijdenis in haar jeugd. De twee nota's met betrekking tot de uitgevoerde behandeling heeft verzoekster nadien voor vergoeding bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Tot haar verbazing heeft hij beslist de nota's niet te vergoeden. Met deze beslissing is verzoekster het niet eens.

- 4.2. Voorafgaand aan de ingreep heeft verzoekster namelijk contact met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gezocht, waarbij zij hem heeft gevraagd of de vulvoplastiek door de ziektekostenverzekeraar zou worden vergoed. Deze medewerker heeft haar bij die gelegenheid toegezegd dat de nota's met betrekking tot de vulvoplastiek worden vergoed indien zij een verwijsbrief overlegt. Ondanks dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar een verwijsbrief heeft doen toekomen, zijn de nota's niet vergoed.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de twee nota's met betrekking tot de bij verzoekster uitgevoerde vulvoplastiek volgens haar niet vergoed, omdat de zorgaanbieder die deze ingreep bij haar heeft verricht de zorg had gedeclareerd met een onjuiste diagnosecode. Deze zorgaanbieder heeft nadien een van de twee nota's aangepast. Op de aangepaste nota met kenmerk P1388S is in plaats van diagnosecode '0043, ICD10:2751, Zorgtype: 11' diagnosecode '514, ICD10:2781, Zorgtype: 11' vermeld. Hierdoor is de hoogte van het factuurbedrag veranderd van € 3.753,19 naar € 1.367,57. Naast het feit dat verzoekster dit verschil in kosten niet kan verklaren, kan zij hiervoor niet verantwoordelijk worden gehouden, zodat het ontstane prijsverschil geen afwijgrond mag vormen voor vergoeding van de twee nota's.
- 4.4. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, is bij verzoekster wel degelijk sprake van verminking. In dit verband merkt zij op dat het synoniem voor vrouwenbesnijdenis vrouwelijke genitale verminking is en dat dit strafbaar is gesteld.
- 4.5. Het College voor Zorgverzekeringen (thans: het Zorginstituut) heeft in 2013 het standpunt ingenomen dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor een reconstructie van een verminkte vulva als gevolg van een besnijdenis. In 2014 heeft de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: minister van VWS) echter medegedeeld dat een protocol zou worden opgesteld op grond waarvan een vulvoplastiek verzekerde zorg ten laste van de zorgverzekering vormt. Dat de betreffende regelgeving op dit punt na ruim drie jaar nog niet is gewijzigd, behoort niet voor rekening van verzoekster te komen.
- 4.6. Een vriendin van verzoekster heeft een soortgelijke ingreep ondergaan. De kosten hiervan zijn wél door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Daarom moet hij nagaan hoe hij in vergelijkbare situaties handelt.
- 4.7. Alles in ogenschouw nemend, moet de ziektekostenverzekeraar alle kosten met betrekking tot de vulvoplastiek vergoeden, inclusief de kosten van de begeleiding bij de posttraumatische stressklachten van verzoekster.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat uit het feit dat zij een verwijsbrief aan de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd, blijkt dat hij aan haar de eerder genoemde toezegging heeft gedaan. Daarnaast gevraagd, heeft zij gesteld dat de begeleiding bij haar posttraumatische stressklachten bestond uit therapie en dat medische informatie niet beschikbaar is als gevolg van het faillissement van de zorgaanbieder. Verzoekster meent dat de gevolgen van dat laatste niet in haar risicosfeer liggen.
- 4.9. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, heeft verzoekster gesteld dat, gelet op de status van het protocol over vrouwelijke genitale verminking, de kosten van de vulvoplastiek door de ziektekostenverzekeraar moeten worden vergoed.
- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft een vulvoplastiek ondergaan in verband met vrouwelijke genitale verminking. Dit betreft een behandeling van plastisch chirurgische aard. De voorwaarden voor behandelingen van plastisch chirurgische aard zijn opgenomen op bladzijde 35 van de verzekeringsvoorwaarden en deze zijn gebaseerd op artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv). Aanspraak op een vulvoplastiek bestaat indien bij betrokkene sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als gevolg van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. Beide (verzekerings)indicaties zijn bij verzoekster niet aan de orde, zodat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep niet heeft vergoed. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat vrouwelijke genitale verminking nooit een verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv kan zijn, aangezien het toenmalige College voor Zorgverzekeringen in 2013 het standpunt heeft ingenomen dat zowel mannen- als vrouwenbesnijdenis op religieuze of culturele gronden geen ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting is. Tevens benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat hij zijn beslissing ten aanzien van het niet vergoeden van de door verzoekster ingediende nota's niet heeft gegrond op het ontbreken van een juiste diagnosecode.
- 5.2. Het voornemen van de toenmalige minister van VWS, mevrouw drs. E.I. Schippers, om de reconstructie van de clitoris en vulvaire structuren door middel van een aanvulling op het 'Modelprotocol medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking' als verzekerde prestatie in de zorgverzekering op te nemen, is tot op heden niet gerealiseerd. Indien voornoemd modelprotocol wordt aangepast en hersteloperaties van vrouwelijke genitale verminkingen onder de Zorgverzekeringswet zijn gebracht, zal de ziektekostenverzekeraar het protocol volgen. Hij merkt hierbij op dat de gynaecologisch chirurgische behandeling de-infibulatie met midline incisie bij vrouwelijke genitale verminking thans reeds een verzekerde prestatie kan vormen ten laste van de zorgverzekering indien bij betrokkene sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit is voornamelijk aan de orde bij vrouwelijke genitale verminking type III, hetgeen volgt uit de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard 2018' van de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij zorgverzekeraars (hierna: VAGZ Werkwijzer).
- 5.3. De begeleiding van verzoekster bij het reduceren van haar posttraumatische stressklachten als gevolg van de genitale verminking vormt geen verzekerde aanspraak op grond van de zorgverzekering, zodat deze zorg niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 5.4. Dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, de toezegging heeft gedaan dat de kosten van een vulvoplastiek worden vergoed als verzoekster een verwijfsbrief overlegt, vindt de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk. Hierbij merkt hij op dat geen verslag van het betreffende gesprek bestaat. Voorts kan hij in verband met de geldende privacyregelgeving geen verzekeringskwesaties van andere verzekerden met verzoekster bespreken.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de ingreep niet op grond van coulance, dit in verband met mogelijke precedentwerking. Ook heeft verzoekster op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van een vulvoplastiek.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat volgens hem bij verzoekster geen sprake is van type III vrouwelijke genitale verminking.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 gehouden is de kosten van de vulvoplastiek en van begeleiding bij de reductie van de posttraumatische stressklachten alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 op de pagina's 9 tot en met 51 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering.

8.3. Op de pagina's 34 en 35 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting, (...)*

8.4. Op de pagina's 17 tot en met 20 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

Generalistische Basis GGZ

Welke zorg

U heeft recht op generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog, een psychotherapeut, een psychiater of een klinisch psycholoog. U kunt ook naar een verpleegkundig specialist GGZ als de behandeling plaatsvindt op grond van zorgproduct Chronisch. U kunt naar een GGZ-instelling waar een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

(...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op Generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw eerste bezoek aan de zorgaanbieder GBGGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke stoornis uw huisarts denkt dat u heeft.

(...)

Gespecialiseerde GGZ met opname

Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is dan de beste oplossing. Dat betekent dat u uw behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat u voor de duur van de behandeling leeft en slaapt in de kliniek of het ziekenhuis. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Welke zorg

U heeft recht op:

- *opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 1.095 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar telt niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;*

- *bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.*

(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt terecht bij een GGZ-instelling of bij de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, waar een psychiater of klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar fungeert. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

(...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

(...)"

- 8.5. Het gestelde op de pagina's 17 tot en met 20, 34 en 35 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering is volgens artikel A1 van de 'Voorwaarden' 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, generalistische basis geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Plastische chirurgie is 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. Verzoekster heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van een vulvoplastiek ten laste van de zorgverzekering, indien bij haar sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, zoals bedoeld in artikel 2.4, tweede lid, onderdeel b, onder 2, Bzv en het gestelde op de pagina's 34 en 35 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering.

9.2. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster ten tijde van de ingreep een aantoonbare lichamelijke functiestoornis - met name ten gevolge van een type III FGM (infibulatie) - aan de orde was.

9.3. Het College voor Zorgverzekeringen heeft in het verleden geoordeeld dat zowel mannen- als vrouwenbesnijdenis op religieuze of culturele gronden geen ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting is. Het Zorginstituut heeft dit standpunt in zijn advies van 6 april 2018 aan de commissie bevestigd. Gelet op het voorgaande, kan naar het oordeel van de commissie bij verzoekster niet worden gesproken van verminking, zoals bedoeld in artikel 2.4, tweede lid, onderdeel b, onder 2, Bzv en het gestelde op de pagina's 34 en 35 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering. Aangezien bij verzoekster geen (verzekerings)indicatie aan de orde is voor de door haar ondergane vulvoplastiek, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering.

9.4. Verzoekster heeft gesteld dat de minister van VWS in 2014 het voornemen heeft geuit de dekking van de zorgverzekering uit te breiden tot een hersteloperatie na vrouwelijke genitale verminking en dat het feit dat deze uitbreiding nog niet is gerealiseerd haar niet kan worden tegengeworpen. De

commissie kan verzoekster hierin niet volgen. Of aanspraak bestaat op vergoeding van de door verzoekster ondergane vulvoplastiek, moet worden beoordeeld op grond van de op dat moment (in 2015) geldende wet- en regelgeving en de toepasselijke polisvoorwaarden, zoals hiervoor is gedaan; verzoekster kan geen aanspraak ontlenen aan (beleids)voornemens om bepaalde vormen van zorg in de toekomst onder de dekking van de zorgverzekering te brengen.

- 9.5. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat de term vrouwelijke genitale verminking al aangeeft dat het een verminking betreft en dat het uitvoeren van vrouwelijke genitale verminking strafbaar is gesteld, kan niet leiden tot een ander oordeel. Zoals in onderdeel 9.1. is overwogen is voor vergoeding van de onderhavige behandeling vereist dat de verminking is ontstaan als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, hetgeen bij vrouwenbesnijdenis op religieuze of culturele gronden niet het geval is.
- 9.6. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van begeleiding in verband met haar posttraumatische stressklachten. Ter zitting daarnaar gevraagd, heeft verzoekster toegelicht dat zij hiermee bedoelt dat zij in therapie is geweest. De commissie constateert dat verzoekster haar stelling niet verder heeft onderbouwd. Daarom heeft zij niet aannemelijk gemaakt dat aan haar geestelijke gezondheidszorg is verleend, zoals bedoeld in het gestelde op de pagina's 17 tot en met 20 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de begeleiding bij haar posttraumatische stressklachten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.8. Verzoekster heeft voorts gesteld dat een medewerker haar telefonisch heeft medegedeeld dat indien zij een verwijsbrief zou insturen, de vulvoplastiek zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende. In de procedure is aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een toezegging is gedaan. Daarenboven hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoekster in het bijzonder niet is aangegeven wanneer en met wie zij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.


Vergoeding behandeling vriendin

- 9.9. Verzoekster heeft daarnaast aangevoerd dat een vriendin van haar een hersteloperatie na vrouwelijke genitale verminking heeft ondergaan en dat de ziektekostenverzekeraar deze ingreep wél heeft vergoed. Daarom moet de ziektekostenverzekeraar volgens haar nagaan hoe hij verzoeken tot vergoeding van de kosten van een hersteloperatie na vrouwelijke genitale verminking beoordeelt. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat hij geen gegevens van andere verzekerden met verzoekster mag delen. Naar de commissie begrijpt, meent verzoekster dat zij, gelet op voornoemde vergoeding aan haar vriendin, zonder meer aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door haar ondergane vulvoplastiek. Dit standpunt is niet houdbaar, aangezien - zoals onder 9.2. is overwogen - sprake kan zijn van een verzekeringsindicatie op grond van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Bij verzoekster is dit niet aan de orde, bij haar vriendin mogelijk wel. Het was daarom aan verzoekster te onderbouwen dat het gaat om identieke gevallen. Dit heeft zij echter nagelaten. Voor zover de vergoeding in de situatie van de vriendin was gebaseerd op coulance, lag het op de weg van verzoekster aannemelijk te maken dat de ziektekostenverzekeraar ter zake een beleid voert, waarvan in haar geval ten onrechte is afgeweken, zodat sprake is van willekeur. Verzoekster is ook hierin niet geslaagd.




Conclusie


9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 4 juli 2018,



G.R.J. de Groot

