

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, geslachtsveranderende operatie,
vergoeding erectieprothese en testisprothesen
Zaaknummer : 2010.01346
Zittingsdatum : 5 januari 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 oktober 2009 de aanvraag voor een erectieprothese en testisprothesen, te implanteren te Gent (België) (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren, Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 30 juni 2010 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 november 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 november 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 2 november 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010132162) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk toe te wijzen op de grond dat testisprothesen een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering. De plaatsing van een inwendige erectieprothese is geen essentieel onderdeel van de medisch-specialistische behandeling, en behoort daarom niet tot de te verzekeren prestaties. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 januari 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Na de zitting heeft verzoeker nog enige stukken overgelegd, die aan de wederpartij zijn gezonden.
- 3.10. Bij brief van 24 maart 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagezonden stukken gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 april 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij onder behandeling is van het genderteam van het VU medisch centrum in Amsterdam vanwege vastgestelde transseksualiteit. Een onderdeel van de geslachtsaanpassing van vrouw naar man vormt de aanpassing van het geslachtsdeel. De phalloplastiek heeft plaatsgevonden in Gent. Aldaar is het gebruikelijk een erectieprothese en testisprothesen in te brengen. In België worden deze prothesen vergoed. Verzoeker stelt dat het hier gaat om een primair geslachtskenmerk, zodat vergoeding ook onder de Nederlandse zorgverzekering mogelijk is. Het argument dat vergoeding in strijd zou zijn met het gelijkheidsbeginsel, zulks met het oog op geboren mannen met erectieproblemen, gaat niet op nu een erectieprothese in het geheel niet vergelijkbaar is met Viagra®. Viagra® zou bij verzoeker geen effect hebben.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zich een slachtoffer voelt, en dat hij niet 'af' is. Als hij de financiële middelen zou hebben, was de ingreep al uitgevoerd.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een erectieprothese en testisprothesen geen verzekerde prestatie zijn en om die reden niet kunnen worden vergoed. De prothesen vormen geen essentieel onderdeel van de medisch-specialistische behandeling. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dat kader naar een advies van het CVZ van 27 maart 2007.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van het CVZ-advies gesteld dat ten aanzien van de erectieprothese nog een rol zou kunnen spelen of deze in België onder de verzekerde prestaties valt.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 aanspraak alsnog in te willigen, 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- *verminderingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- *(...)*
- *(...)*
- *(...)*
- *primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit. (...)"*

Artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [zorgverzekering] tot maximaal:*
 - *wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
 - *het op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;*
 - *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)"*

- 8.3. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekerder jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekerder is gecontracteerd.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

- i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;*
- ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.*

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Met de phalloplastiek – waarvan de vergoeding niet in geschil is – is het geslacht van verzoeker gecorrigeerd. Het plaatsen van een inwendige erectieprothese na een phalloplastiek bij vrouw-naar-man-verandering behoort niet tot de te verzekeren prestaties, omdat het geen essentieel onderdeel is van de betreffende medisch-specialistische behandeling, gericht op correctie van een uiterlijk geslachtskenmerk bij vastgestelde transseksualiteit, als bedoeld in artikel 3, zesde gedachtestreepje van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting gesteld dat een rol zou kunnen spelen of een erectieprothese in België onder de verzekerde prestaties op basis van de sociale ziektekostenverzekering valt. In dat geval zouden deze kosten met het eerder afgegeven E 112-formulier kunnen worden gedeclareerd. Dienaangaande merkt de commissie op dat het eerdere E 112-formulier inmiddels is verlopen, en dat dit formulier uitsluitend betrekking had op de uitgevoerde phalloplastiek, en niet op de erectieprothese. Daarnaast is het zo dat een beroep op de Verordening er niet toe kan leiden dat het verzekerde pakket van de bevoegde lidstaat wordt uitgebreid met zorg die in het land waar men premie betaalt niet verzekerd is. Zoals eerder is overwogen behoort de erectieprothese in Nederland niet tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering.
- 9.3. Waar het gaat om de testisprothesen, geldt dat deze dienen ter correctie van een uiterlijk geslachtskenmerk, zodat deze conform artikel 3, zesde gedachtestreepje van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering een verzekerde prestatie vormen. Niet gesteld is dat deze zorg niet tijdig in Nederland kan plaatsvinden, zodat artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 buiten toepassing blijft en verzoeker conform artikel 18 van de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering aanspraak heeft op vergoeding van de kosten, althans voor zover daarmee het maximale in Nederland daarvoor geldende tarief niet wordt overschreden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een erectieprothese dan wel testisprothesen, zodat het verzoek op basis van deze verzekering niet kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 11 mei 2011,

Voorzitter