



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Leeuwarden

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, plaatsen borstprotheses, bejegening

Zaaknummer : 201400552

Zittingsdatum : 20 mei 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Leeuwarden, 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 basis van de Alles Verzorgd Polis (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 AV Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering AV Tand Extra 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 het plaatsen van borstprotheses beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 2 augustus 2013 en 5 februari 2014 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 3 april 2014 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 12 november 2014 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 4 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 maart 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 mei 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 23 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 april 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015036179) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat, de regelgeving het plaatsen van borstprothesen uitsluit tenzij sprake is van een status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Bij verzoekster is geen sprake is van een status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie zodat zij niet in aanmerking komt voor het plaatsen van borstprothesen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op datum 28 april 2015 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 20 mei 2015 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 22 mei 2015 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 28 mei 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is - in verband met haar transseksualiteit - sinds 2010 onder behandeling bij het genderteam van het VU medisch centrum te Amsterdam. Verzoekster heeft sindsdien verschillende behandelingen ondergaan om zich zoveel mogelijk vrouw te kunnen voelen. Zij heeft onder andere hormonen gebruikt om borsten te ontwikkelen. Dit heeft volgens verzoekster onvoldoende resultaat gehad. Zij stelt dat borsten en een vagina voor haar noodzakelijk zijn om zich volledig vrouw te kunnen voelen. De onderhavige ingreep was volgens verzoekster dan ook noodzakelijk.
- 4.2. Verzoekster heeft meerdere malen telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze gesprekken is haar door de betrokken medewerkers medegedeeld dat de operatie aan de borsten zou worden vergoed indien de arts daartoe een aanvraag zou indienen. Tevens is verzoekster medegedeeld dat alleen het verplicht eigen risico voor haar rekening zou komen.
- 4.3. Op 28 juni 2013 heeft verzoekster een geslachtsaanpassende operatie (bestaande uit een vaginaplastiek en een mamma augmentatie) ondergaan.
- 4.4. Verzoekster stelt voorts dat zij psychisch letsel heeft opgelopen aangezien de ziektekostenverzekeraar haar - na het plaatsvinden van de geslachtsveranderende operatie - herhaaldelijk onjuist heeft aangeschreven.

- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij de borstcorrectie en de geslachtscorrectie in één ingreep heeft laten uitvoeren omdat zij dan niet twee keer onder narcose moest. Daarbij is telefonisch door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gezegd dat vergoeding zou plaatsvinden indien de ingreep in één keer uitgevoerd zou worden. Verzoekster licht volledigheidshalve toe dat zij meerdere malen door de ziektekostenverzekeraar niet als vrouw is aangesproken. Zij geeft aan dit als discriminerend te hebben ervaren.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In artikel 3.16 van de verzekeringsvoorwaarden zijn de voorwaarden voor een behandeling van plastisch-chirurgische aard opgenomen. Aanspraak op plastische chirurgie bestaat (onder andere) als de behandeling is bedoeld ter correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit. Het plaatsen van borstprothesen is uitgesloten anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.
- 5.2. Het Zorginstituut (voorheen: College voor Zorgverzekeringen, CvZ) heeft op 27 maart 2007 een advies uitgebracht betreffende de verzekerde prestaties ten aanzien van transseksuelen. Uit dit advies blijkt dat het plaatsen van inwendige, operatief te plaatsen borstprothesen expliciet als te verzekeren prestatie is uitgesloten, tenzij sprake is van plaatsing na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Niet is gebleken dat bij verzoekster sprake is geweest van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.
- 5.3. Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat in juni 2010 en op 14 mei 2012 telefonisch contact is geweest tussen verzoekster en medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens de gesprekken is verzoekster medegedeeld dat alvorens de prothesen worden geplaatst, door de plastisch-chirurg een aanvraag dient te worden gedaan, welke zal worden beoordeeld door de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens heeft echter, zonder dat voorafgaand toestemming is gevraagd, de ingreep plaatsgevonden en is door de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen. In het onderhavige geval bestaat geen aanspraak op het plaatsen van borstprothesen, zodat het verzoek de nota die hierop betrekking heeft te vergoeden, dient te worden afgewezen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn verontschuldigen aangeboden voor het feit dat hij verzoekster met de verkeerde aanspreekvorm heeft benaderd. Volledigheidshalve laat hij weten dat inmiddels de juiste gegevens in het systeem zijn verwerkt.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 2.12 van de zorgverzekering en 2.10 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig 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 mixpolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***“ Plastische chirurgie***

***Inhoud zorg***

*U heeft recht op een behandeling van plastisch-chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:*

- *afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- *verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een vermindering bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;*
- (...)
- *primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.*

(...)

***Uitsluitingen***

*U heeft geen recht op de volgende zorg:*

- (..)
- *het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;*

(...)

***Toestemming vooraf***

*Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten.(...)”*

8.4. Artikel 3.16 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

8.6. 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 operatief plaatsen of vervangen van inwendige borstprothesen is door de regelgever expliciet als te verzekeren prestatie uitgesloten, tenzij sprake is van plaatsing na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Dit is door de ziektekostenverzekeraar uitgewerkt in artikel 3.16 van de zorgverzekering.
- Niet in geschil is dat bij verzoekster geen sprake is van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie hetgeen meebrengt dat de uitsluiting in dit geval onverkort van toepassing is. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van het operatief plaatsen van inwendige borstprothesen ten laste van de zorgverzekering.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het operatief plaatsen van inwendige borstprothesen zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

### **Telefonische toezegging**

- 9.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij telefonisch heeft gesproken met verschillende medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar door deze is verteld dat de kosten van een operatie aan de borsten worden vergoed indien daartoe een aanvraag wordt gedaan door de behandelend plastisch chirurg. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar is verzoekster gezegd dat een aanvraag kon worden ingediend en dat deze na ontvangst door hem zou worden beoordeeld.
- 9.4. Het is aan verzoekster aannemelijk te maken dat een toezegging is gedaan en wat hiervan de inhoud is. Door verzoekster is dat evenwel niet geschied. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van het ingenomen standpunt van verzoekster, aangevoerd en onderbouwd dat geen enkele toezegging betreffende de ingreep heeft plaatsgevonden. Dat geen toezegging is gedaan, is bovendien aannemelijk aangezien niet voorafgaand om toestemming is gevraagd en daarnaast uit de nota van de plastisch chirurg valt op te maken dat de kosten van onderhavige ingreep voor rekening van verzoekster zijn.

### **Bejegening**

- 9.5. Aan het feit dat verzoekster zich onheus bejegend voelt door de ziektekostenverzekeraar kan zij geen vergoedingsrechten ontlenuen. Gebleken is dat - voor zover de ziektekostenverzekeraar verzoekster onjuist heeft aangeschreven - hiervoor reeds excuses zijn aangeboden door de ziektekostenverzekeraar. Tevens heeft hij verklaard dat de aanspreekvorm intussen in het geautomatiseerde systeem is gewijzigd.



**Conclusie**



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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juni 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk

