



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht  
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, plastische chirurgie,  
aangezichtschirurgie, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201800624  
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 aangezichtschirurgie, uit te voeren te Antwerpen, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 april 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een vergoeding te verlenen van maximaal € 5.352,55.
- 3.3. Verzoekster heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 5.352,55 in te willigen ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 13 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

3.8. Bij brief van 19 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 11 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018031097) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster op basis van de beschikbare informatie niet is aangewezen op meer ingrepen dan waarvoor de vergoeding is toegezegd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 juli 2018 aan partijen gezonden.

3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

3.10. Bij brief van 31 augustus 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 7 september 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.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend kaakchirurg in Nederland heeft op 20 november 2017 over verzoekster verklaard: *"(...) 30-jarige vrouw met status na uitgebreide genderchirurgie. Linker bovenooglid heeft wat blepharochalasis, maar de lidspleet is links en rechts vrijwel gelijk. Rustig litteken voorhoofd pretrichiaal. Brede littekens retroauriculaire beiderzijds met wat vervorming van de lobulus. De linker wangkoon staat lager en lateraal- en dorsaalwaarts ten opzichte van de rechter wangkoon. Er is een step palpabel van de rechter infr[a]orbitale rand. Er is hypesthesie van de verzorgingsgebieden van de beide nervi infraorbitalis, rechts meer uitgesproken dan links. Delle ter plaatse van de linker kaakhoek. Submentaal is er een litteken na submentale reving. (...)"*.

4.2. De behandelend psychiater heeft op 23 februari 2018 over verzoekster aan de behandelend kaakchirurg verklaard: *"(...) Patiënte wordt 25-4-2014 aangemeld bij FACT team (...) door (...) omdat de behandeling daar niet van de grond kwam. Ze is in januari 2014 gestart met transgender behandeling bij de VU. Het doel van behandeling bij FACT is stabilisatie. Het betreft een 30 jarige vrouw bekend met een genderidentiteitsstoornis waarvoor behandeling is geweest bij VUMC (hormonale behandeling en recente transitie man naar vrouw). In 25-9-2015 heeft pte de geslachtsveranderende operatie ondergaan. Gedurende de behandeling was er sprake van verlaagd zelfbeeld, hevige stemmingswisselingen en suïcidale gedachten. Van stabiliteit is geen sprake geweest. De klachten zijn gedurende de behandeling toegenomen. Pte heeft zelf meerdere keren tijdens de gesprekken aangegeven dat de toename klachten een gevolg zijn van de gezichtsoperaties. Pte heeft constant pijn aan haar gezicht, ook zit ze hierdoor al 2 jaar aan de nutridrink. In januari 2018 heeft pte als gevolg van haar instabiele situatie een TS gedaan waarna er intensieve behandeling thuis is ingezet. Op dit moment kan pte niet op afspraak komen vanwege angst om de straat op te gaan n.a.v. het resultaat van de gezichtsoperaties. Dit heeft als gevolg dat pte niet voor haar klachten behandeld kan worden zolang de nog onbehandelde operaties open blijven staan (...)"*.

4.3. De behandelend arts in Antwerpen heeft bij ongedateerde brief aan de ziektekostenverzekeraar verklaard: *"(...) Naar mijn idee is er vooral sprake van aesthetisch probleem. Op dat gebied zal ik voor een belangrijke verbetering zorg kunnen dragen. Voor wat betreft pijn moet ik afgaan op wat [verzoekster] mij vertelt. (...) Dr. (...) heeft met alle respect weinig of geen ervaring op het gebied van facial feminization surgery. Na onderzoek van patiënte ben ik tot het behandelvoorstel gekomen dat U ontvangen hebt. Ik heb dat naar eer en geweten opgesteld. Dit zou mijns inziens voor [verzoekster] het beste aesthetische resultaat opleveren. (...)"*.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend arts veel verstand heeft van deze ingreep. Al jaren leeft zij op paracetamol en Nutridrink, dit in verband met ernstige pijnklachten. Verzoekster snurkt veel, heeft een dof gevoel in haar lip en bij weersveranderingen een brandend gevoel in haar gezicht. Het leven valt haar zo zwaar dat zij in het verleden een zelfmoordpoging heeft ondernomen. Zij heeft de ingreep daarom hard nodig, en deze heeft geen cosmetische reden. Dit is de enige manier om van de pijn af te komen, en deze arts is de enige die de ingreep kan uitvoeren.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag van verzoekster voor de uitgebreide aangezichtschirurgie ten bedrage van € 34.949 beoordeeld. Voor de jukbeen- en kaakreconstructie alsmede voor de littekencorrectie van de slaap is een vergoeding mogelijk van totaal € 5.352,55. Deze vergoeding is gebaseerd op DBC-zorgproductcode 990004015 en omvat de zygoma osteotomie links, het kaakhoekimplantaat links en de secundaire littekencorrectie facelift. Voor de overige zorg heeft geen verwijzing plaatsgevonden omdat de verwijzende arts hiervoor geen noodzaak aanwezig achtte.

De medisch adviseur van de zorgverzekeraar volgt deze mening. Het betreft hier volgens hem bovendien geen expertise zorg, zodat geen noodzaak bestond uit te wijken naar deze specifieke arts van een niet-gecontracteerde kliniek. Ieder ziekenhuis waar plastische chirurgie wordt toegepast, kan deze ingrepen bij verzoekster uitvoeren.

5.2. Omdat verzoekster wordt behandeld in een kliniek waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten, vergoedt de zorgverzekeraar maximaal 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Verder geldt dat de nota's eerst aan de kliniek moeten worden voldaan. Daarna kan verzoekster deze ter declaratie bij de zorgverzekeraar indienen.

5.3. Bij brief van 6 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar, desgevraagd, medegedeeld dat aan de hand van de tarievenlijst 2017 voor de code 15D169 een tarief geldt van € 6.669,36. Het eerdergenoemde bedrag van € 5.352,55 betreft het tarief van het kalenderjaar 2018.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de drie onderdelen van de verwijzend arts worden vergoed. De onderdelen die de behandelend arts verder noemt zijn van cosmetische aard en worden om die reden niet vergoed. In principe kan in ieder ziekenhuis een aangezichtscorrectie plaatsvinden.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 5.352,55 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 25 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"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; (...)*

*f primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard). Deze ingreep moet uitgevoerd worden door een zorgverlener met wie wij een contract hebben. (...)"*

8.4. Artikel 15 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:*

*a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;*

*b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;*

*c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:*

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;*

- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);*

- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld. (...)"*

8.5. De artikelen 15 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering en 25 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 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.

- 8.8. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*


9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**



- 9.1. Verzoekster wenst naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, te gaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft aannemelijk gemaakt, en tijdig aan verzoekster medegedeeld, dat het hier verzekerde zorg betreft die tijdig in Nederland dan wel buiten Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was zodat de zorgverzekeraar niet gehouden was de gevraagde toestemming te verlenen. Daarom blijft de verordening buiten toepassing en dient te worden getoetst aan artikel 15 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering.

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft een vergoeding toegekend voor drie onderdelen van de bij verzoekster uit te voeren ingreep, namelijk de zygoma osteotomie links, het kaakhoekimplantaat links en secundaire littekencorrectie van de facelift. Zij kan eventueel later een goedkeuring krijgen voor een blefaroplastiek links, maar moet hiervoor dan een nieuwe aanvraag indienen. De zorgverzekeraar heeft voor de drie ingrepen één DBC-zorgproductcode toegekend, namelijk 990004015 met als omschrijving: *“Diagnosen gelaat | Oper craniofaciaal groot | Plastische chirurgie (...) Uitgebreide operatie door een plastisch chirurg (...)”*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Ten tijde van de aanvraag was bijbehorende tarief volgens de




lijst 'Tarieven niet-gecontracteerde zorg 2017 MSZ' € 6.669,36. Het gehanteerde DBC-zorgproduct komt de commissie juist voor. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden is een restitutiekorting van 25 percent van toepassing. Hiertegen bestaat in het onderhavige geval geen bezwaar, aangezien door de zorgverzekeraar is gesteld en door verzoekster niet gemotiveerd is bestreden dat de zorg ook door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden geleverd, terwijl het percentage van de korting geen feitelijke hinderpaal oplevert indien verzoekster zou besluiten zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. Volgens opgave van de zorgverzekeraar is het toepasselijke tarief in 2018 € 5.352,55.

- 
- 
- 9.3. Voor zover het de overige behandelingen betreft, is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat zij hiervoor een indicatie heeft. Of deze behandelingen leiden tot het beste esthetische effect, is in dit kader niet relevant. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.




### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoekster gewenste ingrepen, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.




### Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 12 september 2018,



H.A.J. Kroon