

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C en D beide te E  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, transseksualiteit,  
geslachtsveranderende operatie  
Zaaknummer : 2011.01660  
Zittingsdatum : 9 mei 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, 20 Vo 883/2004, 56 WVEU)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis 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 ExtraVerzorgd1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een geslachtsveranderende operatie, uit te voeren te Krefeld (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 juni 2011 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 28 juni 2011 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 11 januari 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 maart 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012030650) 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 geslachtsveranderende operatie geen zorg is waar verzoekster redelijkerwijs op is aangewezen. Het is voor de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs naar inhoud en omvang op de deelbehandelingen is aangewezen vooral van belang of de door verschillende behandelaars gevolgde werkwijze om tot een indicatiestelling te komen voldoet aan de Standard of Care (SOC) van The World Professional Association for Transgender Health (hierna: WPATH, voorheen: The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI/GDA)). Deze wereldwijd geldende richtlijn gaat uit van een duidelijke regie van het hele traject door een team van psychologen. Er zijn geen richtlijnen gevonden die “evidence based” multidisciplinaire samenwerking in een centrum adviseren. Ook de SOC is een richtlijn gebaseerd op consensus; er is geen sprake van “evidence based” onderbouwing. Gebaseerd op de literatuur en de praktijk in het buitenland, is het de vraag of behandeling en begeleiding van transseksuelen door onafhankelijk van elkaar opererende zorgverleners verantwoord is. Essentieel is dat er een duidelijke regie is gedurende het gehele behandeltraject. Conform de richtlijnen kan de regie het beste bij een deskundig psychiater/psycholoog liggen. Voor een goede regie is niet per definitie samenwerking in één centrum noodzakelijk.  
Op basis van het dossier blijkt in onderhavige zaak niet dat sprake is van een duidelijke nauwe samenwerking tussen de disciplines. Alleen het uitwisselen van (medische informatie) is onvoldoende om te kunnen spreken van regelmatige communicatie en coördinatie van zorg en verwijzingen. Verder is van belang dat de ziektekostenverzekeraar alleen toestemming voor de betreffende behandeling kan geven als sprake is van “vastgestelde transseksualiteit”. De diagnose tot transseksualiteit kan pas worden vastgesteld na afronding van de periode van diagnostiek en real-life-experience. De ziektekostenverzekeraar kan daarvoor afgaan op de verklaring van een arts verbonden aan een centrum dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen; de uitgevoerde diagnostiek en de doorlopende real-life-experience hebben uitgewezen dat bij de betrokkene sprake is van transseksualiteit en dat betrokkene voldoet aan de “readiness-criteria” voor geslachtsaanpassende chirurgie. Weliswaar hebben de verschillende behandelaars bevestigd dat daarvan sprake is, maar blijkt uit het dossier niet of de indicatiestelling conform de eisen van de SOC van de WPATH is verlopen. Daarmee is niet komen vast te staan dat verzoekster redelijkerwijs op de gevraagde zorg is aangewezen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 18 april 2012 aan partijen gezonden.

- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 16 mei 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 mei 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het CVZ deelt nog mee dat niet is aangetoond dat sprake is van een duidelijke nauwe samenwerking en coördinatie van de zorg. Het oordeel of een interventie al dan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is niet afhankelijk van de plaats waar de interventie wordt uitgevoerd (dit kan wel invloed hebben op de mate van doelmatigheid). Zoals in het advies van 13 april 2012 is aangegeven, is er geen onderbouwing voor het standpunt dat alleen zorg in een centrum effectief is. Transgenderzorg is een gespecialiseerd centrum geeft wel in grote mate garantie dat sprake is van de noodzakelijke nauwe samenwerking en coördinatie van de zorg, maar is niet de enige manier om dit te verwezenlijken.

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

- 4.1. De behandelend psychotherapeut heeft op 22 december 2010 het volgende verklaard: *“(...) behandeling en begeleiding voor transgender problematiek (...) Afgelopen jaar heeft patiënte bij ons haar emotionele en psychische behandeling en begeleiding gedaan, volgens diagnostiek en behandeling, classificatie DSM IV. Deze voor haar intensieve behandelingsperiode heeft patiënte met grote inzet, en therapietrouw, met goed resultaat gevolgd. De prognose voor de in de toekomst operatieve ingreep, noodzakelijk voor haar transitie als transgender, wordt patiënte geïndiceerd als emotioneel, psychisch en sociaal goed bevonden. (...)”*
- 4.2. De behandelend internist/endocrinoloog heeft op 31 maart 2011 het volgende verklaard: *“(...) genderdysforia (...) After extensive psychological evaluation the patient has been treated for over one year with androcur and estradiol. The real life test was without any problems. (...)”*
- 4.3. Verzoekster is vanaf 3 augustus 2009 onder behandeling van een psycholoog bij de Psycho Informa Groep te Schoonhoven.
- 4.4. De behandelend chefarts te Krefeld heeft verklaard dat verzoekster zich op 22 oktober 2009 tot haar heeft gewend teneinde informatie te verkrijgen over een geslachtsaanpassende operatie, en verzocht om een *“(...) geslechtsangleichende Operation (...)”*
- 4.5. Verzoekster heeft, in verband met haar transseksualiteit, sinds 2009 een traject te hebben doorlopen dat voldoet aan de SOC van WPATH. Zij is onder behandeling bij een psycholoog, psychotherapeut en internist/endocrinoloog. De psycholoog heeft de volledige regie gehad over het traject. Volgens de ziektekostenverzekeraar dient verzoekster zich tot het VU medisch centrum Amsterdam (hierna: VU) te wenden. Navraag bij het VU leerde echter dat zij het hele traject daar opnieuw zou moeten doorlopen, en dat de geslachtsaanpassende operatie eerst over vier tot zes jaar kan

plaatsvinden. Verzoekster is 59 jaar, en kan nu nog iets van haar leven maken, ondanks dat de tijd krap is. Zij zou graag een nieuwe relatie aangaan, maar vreest dat dit over vier tot zes jaar niet meer haalbaar is. De operatie is derhalve rechtstreeks van invloed op haar kwaliteit van leven en haar levensperspectief.

4.6. Verzoekster is zich ervan bewust dat de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met het ziekenhuis in Krefeld, en dat aldaar geen transgenderteam aanwezig is. Zij heeft echter alle fasen van de SOC doorlopen en wacht nu op de geslachtsaanpassende operatie. Een en ander blijkt ook uit de verklaring van de psycholoog van 13 februari 2011. Bovendien heeft de chefarts ruime ervaring met betrekking tot het uitvoeren van de betreffende operatie. Het valt verzoekster tegen dat de ziektekostenverzekeraar geen oog heeft voor haar welzijn. Verzoekster voert aan dat de commissie eerder een bindend advies heeft uitgebracht in een soortgelijke kwestie. Zij heeft derhalve een gereede kans dat de commissie haar verzoek zal toewijzen. Volgens verzoekster is het voorts opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar al twee jaar de hormonen die zij gebruikt, vergoedt. Dit is immers in afwijking van het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar heeft ingenomen. Vergoeding van de hormonen had dan principieel moeten worden afgewezen.

4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in 2009 is doorverwezen naar het VU. In augustus 2009 heeft zij zich tot haar huidige psychotherapeut gewend. Verzoekster is aan een hormoonkuur begonnen, die zij afsloot in maart 2011. Men was in het VU echter nog niet zover. Er werd gezegd dat zij het gehele traject nogmaals moest doorlopen. Dit duurt vier tot zes jaar. Het behandelcentrum in Duitsland voldoet aan de SOC van WPATH.

Verzoekster brengt in dat zij psychologische zorg krijgt om te leren omgaan met de transseksualiteit, en het leed dat is veroorzaakt door de ziektekostenverzekeraar. Indien het traject volledig moet worden doorlopen, duurt het te lang voordat verzoekster formeel een vrouw is. Haar behandelend psychotherapeut voert de regie over het multidisciplinaire traject, en werkt samen met een aantal chirurgen. Het VU wil niet met deze psychotherapeut samenwerken.

In Nederland wordt een geslachtsveranderende operatie uitgevoerd door een plastisch chirurg; in Duitsland door een uroloog. Een uroloog heeft meer verstand van de wijze waarop de ingreep moet worden uitgevoerd. Bij deze ingreep treden nauwelijks complicaties op.

Tot slot brengt verzoekster in dat zij 60 jaar is, en weet wat zij met haar leven wil. Over de ziektekostenverzekeraar kan zij alleen maar bitter zijn.

4.8. 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 aanvraag ingediend voor een geslachtsveranderende operatie in Krefeld. Een gendertransformatie is een langdurig en complex traject waarbij een protocol wordt gehanteerd. De behandeling bestaat uit een diagnostische fase, daarna wordt de diagnose in de praktijk getoetst door middel van real-life-experience. In deze fase vindt ook behandeling plaats in de vorm van hormoonbehandeling en psychologische ondersteuning, evenals epilatie en logopedie. Als deze tweede fase succesvol is doorlopen en het genderteam hiervoor een indicatie heeft gesteld, kan een chirurgische geslachtsaanpassing plaatsvinden.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft toestemming voor de gevraagde planbare intramurale geslachtsaanpassende operatie bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland geweigerd. De gevraagde ingreep is bij gespecialiseerde en gecontracteerde zorgaanbieders in Nederland tijdig beschikbaar. Het is uitdrukkelijk aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden om toestemming te verlenen indien verzekerde naar een ander EU-land gaat om zorg te verkrijgen. Dit staat in artikel 20 lid 1 EU-Verordening 883/2004 en is voor de onderhavige planbare zorg aangevuld in artikel 26 lid 2 EU-Verordening 987/2009. Met name is dit van belang nu in casu sprake is van een naturaverzekering.
- 5.3. Gelet op de SOC, had mogen worden verwacht dat bij onderhavige specialistische behandeling door een multidisciplinair samenwerkingsteam in een centrum de stand van de wetenschap en praktijk de norm zou zijn. Zorg die daaraan niet voldoet is niet verzekerd, aangezien dit niet als kwalitatief verantwoorde zorg kan worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat in de thans beschikbare notitie "Transgenderzorg in Nederland naar een hoger plan" uit 2010 wordt gesteld dat de behandeling van genderdysfore personen in verband met de verschillende facetten een multidisciplinaire inzet van deskundigheid vereist die enerzijds veel ervaring verlangt en anderzijds alleen in een hecht samenwerkingsverband van verschillende specialismen op verantwoorde wijze kan worden uitgevoerd. Verder wordt hierin vermeld dat patiënten starten met zelfmedicatie zonder medische controle en genitale chirurgie in het buitenland ondergaan, zonder dat de nazorg is geborgd. Er is een kans van >40% op complicaties bij genitale chirurgie. Voor het oplossen van deze complicaties komt men dan vaak weer bij het genderteam en dit gaat ten koste van de beschikbare formatie.
- 5.4. Voor een gendertransformatie is een contract met het VU gesloten. Verzoekster geeft aan dat zij alle fasen, zoals bedoeld in de SOC, heeft doorlopen. Dit heeft echter niet plaatsgevonden in het VU, maar bij verschillende zorgverleners. Van enige regie in deze is niet gebleken, en bovendien ontbreekt een rapportage waaruit blijkt dat aan de SOC is voldaan. De keus om het traject bij verschillende zorgverleners te volgen heeft verzoekster zelf gemaakt. De ziektekostenverzekeraar adviseert verzoekster in contact te treden met het VU en haar mogelijkheden aldaar te bespreken.
- 5.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar komt de geslachtsveranderende operatie niet voor vergoeding in aanmerking. De reden is dat hij niet garant kan staan voor de kwaliteit van de behandeling als deze plaatsvindt door allerlei los van elkaar werkende hulpverleners. De gehele behandeling moet door een transgendersteam plaatsvinden, in een gespecialiseerd multidisciplinair centrum. In de internationale richtlijnen wordt dit ook aanbevolen.
- 5.6. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoekster niet uit de verzekeringsvoorwaarden kunnen opmaken dat een geslachtsveranderende operatie enkel voor vergoeding in aanmerking komt indien er een multidisciplinaire samenwerking is opgestart en doorlopen in het VU. Verzoekster is echter naar de juiste zorgverlener gestuurd. Doordat verzoekster voor andere zorgverleners heeft gekozen, is de zorg die zij ontvangt niet aan te merken als doelmatig.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar stelt bekend te zijn met de verschillende rapporten van het CVZ inzake transseksualiteit. Het CVZ houdt zich echter niet aan de internationa-

le richtlijnen. Het CVZ-advies van 25 maart 2008 is te mager, maar desalniettemin voldoet de gevraagde zorg niet aan de voorwaarden zoals omschreven in dit advies.

- 5.8. Het feit dat de medicijnen voor de hormoonkuur zijn betaald, heeft geen zelfstandige betekenis. Deze medicijnen kunnen immers zonder toestemming op voorschrift van een arts bij een apotheek worden afgehaald. Het vergoeden betekent dus niet dat de ziektekostenverzekeraar daarmee het recht heeft verwerkt om toestemming voor de ingreep bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te weigeren.
- 5.9. De opmerkingen van verzoekster die er op neer komen dat de tijd dringt en dat daarom de behandeling niet meer bij gecontracteerde Nederlandse zorgaanbieders kan plaatsvinden, leggen geen gewicht in de schaal. Verzoekster is vanaf 2009 onder behandeling, en heeft er zelf voor gekozen niet (eerder) bij een gecontracteerde zorgverlener als het VU behandeld te worden. Die keuze staat verzoekster vrij, maar kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar is eerst door de aanvraag, ontvangen op 26 mei 2011, op de hoogte gekomen van de wens van verzoekster. De mogelijkheid om behandeld te worden bij het VU staat nog altijd open. Tot slot erkent de ziektekostenverzekeraar dat het niet vergoeden van de ingreep vervelend is voor verzoekster.
- 5.10. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door verzoekster gewenste zorg in het VU voorhanden is. Dat dit traject volgens haar te lang duurt, doet daaraan niet af.  
De in Duitsland te verlenen zorg is geen verzekerde prestatie, omdat het niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het is niet bewezen dat regie alleen in één centrum kan, maar dit is wel de praktijk. Als een arts wil afwijken van de gebruikelijke standaarden en richtlijnen, dient dit gemotiveerd te gebeuren. Uit de stukken blijkt niet waarom van de richtlijnen is afgeweken. Bovendien heeft verzoekster geen indicatie voor de gewenste zorg.  
De ziektekostenverzekeraar heeft er bewust voor gekozen deze zorg in te kopen bij het VU. Tijdens en na een dergelijke ingreep kunnen complicaties namelijk in deze centra worden behandeld. Dit is elders niet altijd het geval.  
De ziektekostenverzekeraar brengt in dat het verzoekster vrij staat de ingreep in Duitsland te ondergaan, maar dan volgt geen vergoeding.
- 5.11. 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 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 is gehouden 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. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

*(...)*

*Welke zorg*

*U heeft recht op:*

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- *laboratoriumonderzoek.*

*(...)*

*U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. [naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd.*

*(...)*

*Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:*

- *zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,*
- *zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement.*

*(...)*

*U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg of een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).*

*(...)"*

Artikel B27 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op plastische chirurgie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*(...)*

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

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

*(...)*

- *primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.*

*(...)*



*U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum als daaraan een medisch specialist verbonden is. [naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.*

*(...)*

*Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:*

- *zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,*
- *zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement*

*(...)*

*U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig.”*

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“(...)*

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. (...)”*

Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt dat, om voor zorg in aanmerking te komen, er een indicatie moet zijn. Een verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. Welke zorg nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

- 8.3. De artikelen B5, B9, B24 en B27 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. Artikel 20 van Vo 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 heeft voorafgaand aan de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd, zodat dient te worden getoetst aan Vo 883/2004 en het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Zoals de commissie in eerdere zaken heeft geoordeeld, kan een beroep op de Verordening niet leiden tot een uitbreiding van de verzekeringsaanspraken of een verruiming van het indicatiegebied, zodat ook in dat kader relevant is of de behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en of verzoekster hiervoor een indicatie had. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Een geslachtsveranderende operatie behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering, indien sprake is van correctie van een primair geslachtskenmerk en van vastgestelde transseksualiteit. Bij verzoekster zal een operatie worden uitgevoerd waarbij de mannelijke genitaliën worden aangepast naar vrouwelijke genitaliën. Dit betreft geslachtskenmerken die reeds bij de geboorte aanwezig zijn. Derhalve is sprake van correctie van primaire geslachtskenmerken..
- 9.3. Voor de beoordeling of sprake is van vastgestelde transseksualiteit, is het volgende van belang. Behandeling van transseksuelen kan geschieden door middel van multidisciplinaire samenwerking in een centrum of door onafhankelijk van elkaar opererende zorgverleners. De vraag is of beide vormen van zorg als verantwoord kunnen worden aangemerkt. Uit een rapport van het CVZ (nummer 28008992) blijkt dat bij beantwoording hiervan essentieel is of er een duidelijke regie is gedurende het gehele behandeltraject. De regie kan het beste bij een deskundige psychiater/psycholoog liggen, en voor een goede regie is niet per definitie samenwerking in één centrum noodzakelijk.
- 9.4. Door verzoekster is gesteld dat het behandeltraject verloopt via de SOC van de WPATH. Uit het advies van het CVZ van 13 april 2012 blijkt dat het voor de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs naar inhoud en omvang op de deelbehandelingen is aangewezen vooral van belang is of de door verschillende behandelaars gevolgde werkwijze om tot een indicatiestelling te komen voldoet aan de SOC van de

WPATH. Deze wereldwijd geldende richtlijn gaat uit van een duidelijke regie van het hele traject door een team van psychologen. Er zijn geen richtlijnen gevonden die “evidence based” multidisciplinaire samenwerking in één centrum adviseren. De SOC is een richtlijn gebaseerd op consensus; er is geen sprake van “evidence based” onderbouwing. Conform deze richtlijn kan de regie het beste bij een deskundige psychiater/ psycholoog liggen.

- 9.5. Verzoekster heeft ingevolgde de polisvoorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg en behandeling van plastisch chirurgische aard, voor zover zij hier naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Dit laatste is bepaald in artikel B5 van de zorgverzekering. Het CVZ heeft in zijn advies van 13 april 2012 geconcludeerd dat niet is gebleken dat de indicatiestelling conform de eisen van de SOC van de WPATH is verlopen. Er is in de situatie van verzoekster geen sprake is van een duidelijke nauwe samenwerking tussen de disciplines. Alleen het uitwisselen van (medische informatie) is onvoldoende om te kunnen spreken van regelmatige communicatie en coördinatie van zorg en verwijzingen. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.6. De commissie merkt nog op dat, anders dan de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft gesteld, ook voor een naturapolis geldt dat de bepalingen van Vo 883/2004 en het VWEU, waarin onder andere het vrije verkeer van diensten is geregeld, niet buiten toepassing blijven.

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

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter