



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, transseksualiteit, geslachtsveranderende operatie
Zaaknummer : 201303333
Zittingsdatum : 27 augustus 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen, de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 Aanvullende verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Zuid-Limburg 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).

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 in Gent, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 november 2013 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 brieven van 3 en 17 december 2013 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 1 april 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 19 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 mei 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 juni 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 augustus 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Op 21 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch medegedeeld dat een jurist telefonisch aan de zitting zal deelnemen, en dat zijn medisch adviseur in persoon aanwezig zal zijn.
- 3.8. Bij brief van 23 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014068076) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het dossier niet blijkt dat sprake is van een duidelijke, nauwe samenwerking tussen de disciplines. De werkwijze van de behandelaars voldoet niet aan de Standards of Care (SOC 2011) van de WPATH. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 augustus 2014 in persoon en telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 2 september 2014 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 4 september 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.11. De commissie heeft verzoekster - na kennis te hebben genomen van het definitieve advies van het Zorginstituut - verzocht om de behandelend psycholoog de volgende vragen schriftelijk te laten beantwoorden: i) waaruit blijkt dat tot op heden sprake is geweest van een multidisciplinaire benadering zoals bedoeld in de relevante richtlijnen en het advies van het Zorginstituut, en ii) hoe heeft de gegevensuitwisseling tussen de diverse behandelaars en de invulling van de regiefunctie plaatsgevonden? Een en ander onder overlegging van stukken. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 10 oktober 2014 medegedeeld dat zij voornoemde vragen heeft besproken met haar psycholoog. Volgens verzoekster kan haar psycholoog bevestigen dat sprake is geweest van een multidisciplinaire benadering. Voor de beantwoording van de vraag hoe de gegevensuitwisseling heeft plaatsgevonden kan haar psycholoog zonder toestemming van verzoekster niet voldoen door stukken over te leggen. Verzoekster heeft de commissie medegedeeld dat zij deze toestemming niet geeft, omdat de voorliggende stukken en de tijdens de hoorzitting verstrekte gegevens volgens haar voldoende zijn voor de commissie om tot een goed oordeel te komen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is door een klinisch psycholoog van het Academisch Ziekenhuis Maastricht gediagnosticeerd met transseksualiteit. Deze psycholoog heeft verzoekster op 12 september 2013 verwezen naar het genderteam te Gent voor een geslachtsveranderende operatie. In de verwijzing is vermeld dat verzoekster zich in december 2012 op de polikliniek psychologie en seksuologie van het AZM heeft gemeld op verwijzing van de huisarts. Voorts is vermeld dat verzoekster graag wil beginnen met hormoontherapie en dat zij op eigen initiatief in november 2011 is gestart met het gebruik van de Diane 35 anticonceptiepil en in april 2012 met de middelen Progyova en Androcur. Verzoekster gaat sinds maart 2012 als vrouw door het leven.

-  4.2. Verzoekster benadrukt dat zij op 27 juni 2013, tijdens het gesprek met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, zeer duidelijk heeft vermeld dat zij zich enkel voor de geslachtsveranderende operatie heeft aangemeld bij het Centrum voor Seksuologie en Genderdysforie van het Universitair Ziekenhuis te Gent. Dit mede omdat de diagnostische en hormonale fase niet persé aldaar hoeven te worden gevolgd; de vermelding hiervan in de verwijzing is voldoende.
-  4.3. Verzoekster heeft in september 2011 zelf vastgesteld dat zij transgender is. In december 2011 is zij door de huisarts doorverwezen naar de polikliniek psychologie en seksuologie van het AZM. Na enkele gesprekken met een daar werkzame psycholoog is verzoekster doorverwezen naar het genderteam van het VUmc. Zij heeft aldaar een intake-gesprek gehad en hierbij is haar verteld dat zij de geprotocolleerde behandeling in het VUmc moest doorlopen indien zij in aanmerking wilde komen voor verdere plastische chirurgie en eventuele vergoeding hiervan. Dit zou voor verzoekster betekenen dat zij zowel de diagnostische als de hormonale fase volledig zou moeten overdoen bij het VUmc, hetgeen ongeveer anderhalf jaar zou gaan duren. Bovendien was er op dat moment een wachttijd van acht tot twaalf maanden voor de diagnostische fase. Dit uitstel was voor verzoekster - mede gezien haar leeftijd - niet acceptabel. Daarom is zij zelf op zoek gegaan naar andere wegen om haar doel te bereiken.
-  4.4. Verzoekster stelt in haar brief van 26 november 2013 dat een "gespecialiseerd/gecertificeerd medewerker van [naam gevolmachtigde] [haar] heeft verwezen naar een seksuoloog NVVS en niet naar één van beide genderteams in Nederland." Verzoekster betoogt dat deze verwijzing strookt met de adviezen van het Zorginstituut, namelijk dat een verwijzing naar een gespecialiseerd genderteam niet noodzakelijk is en dat de zorg niet persé in een in één centrum samenwerkend genderteam hoeft te worden verleend. Verzoekster benadrukt dat zij heeft vertrouwd op de juistheid van de aan haar verstrekte informatie en dus geheel te goeder trouw heeft gehandeld.
-  4.5. Verzoekster voert verder aan dat bekend is dat zij onder behandeling is bij een psycholoog in verband met transgenderproblematiek en dat zij voldoet aan de criteria voor transseksualiteit, volgens DSM-IV-TR. Daarnaast heeft zij de duurzame overtuiging tot het vrouwelijke geslacht te behoren. Nadat de diagnose was gesteld, heeft de psycholoog verzoekster doorverwezen naar een endocrinoloog voor de hormonale therapie. Deze arts heeft veelvuldig contact met het genderteam van het VUmc. De gevolgde werkwijze om tot een indicatiestelling te komen voldoet volledig aan de voorgeschreven internationale 'Standards of Care' die ook door de genderteams worden gevolgd.
-  4.6. Verzoekster benadrukt dat het Europese Hof van Justitie de ziektekostenverzekeraar verplicht transseksuelen in staat te stellen - binnen de grenzen van de EU - ook een traject (inclusief de operaties) buiten de genderteams te volgen.
-  4.7. Verzoekster is in oktober 2012 verwezen naar een endocrinoloog voor hormoontherapie en naar een plastisch chirurg voor een neuscorrectie. De aanvraag voor de neuscorrectie is driemaal door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, op grond van de geëiste indicatiestelling door een genderteam. Verzoekster is daarna op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geweest. Naar aanleiding van de discussie die toen is ontstaan, heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming gegeven voor de neuscorrectie. In de brief van 15 juli 2013, waarmee voornoemde toestemming aan verzoekster is medegedeeld, staat weliswaar dat "verdere operaties in verband met de Genderproblematiek" niet voor vergoeding in aanmerking komen (tenzij deze zijn geïndiceerd door het genderteam van het VUmc of het UMCG), maar verzoekster ging ervan uit dat deze beperking alleen betrekking had op eventuele andere aangezichtsoperaties. Zij heeft zich niet gerealiseerd dat hieronder ook de geslachtsveranderende operatie werd begrepen.

- 4.8. Ter zitting is door verzoekster het ingenomen standpunt herhaald. Hieraan heeft zij toegevoegd dat zij, gezien de gegeven toestemming voor de neuscorrectie, ervan uitging dat de reeds doorlopen diagnostische en hormonale fasen akkoord waren bevonden. Voorts heeft zij toegelicht dat de onderdelen van de behandeling niet afwijken van die welke door het VUmc wordt geboden en dat haar ervaring is dat binnen het VUmc door de specialismen niet wordt samengewerkt.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster wenst de geslachtsveranderende operatie - vanwege de lange wachlijsten bij het VUmc en het UMCG, zonder de door deze behandelcentra af te geven indicatie en buiten het behandelingsprotocol om - in Gent te laten plaatsvinden. Verzoekster is evenwel uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening niet redelijkerwijs aangewezen op de geslachtsveranderende operatie. Of in de onderhavige situatie sprake is van doelmatige zorg dan wel van een medische noodzaak, is volgens de ziektekostenverzekeraar alleen vast te stellen door een ter zake deskundig en multidisciplinair team, zoals dat in Nederland is gevormd binnen het VUmc en het UMCG. De bevindingen van de behandelend psycholoog kunnen niet worden gekwalificeerd als geldige indicatie, omdat deze bevindingen monodisciplinair zijn - en daarom niet gelijkwaardig - aan de indicatiestelling op grond van de protocollen van voornoemde genderteams. De psychische ondersteuning bij genderdysforie vormt een beperkt onderdeel van het multidisciplinaire behandeltraject in een genderteam.
- 5.2. De behandelend psycholoog is GZ-psycholoog/seksuoloog, maar geen klinisch psycholoog of psychotherapeut. De beoordeling door deze psycholoog, die niet is aan te merken als medisch specialist, is van solistische aard en voldoet daarmee niet aan de Standards of Care. De gevraagde behandeling is van medisch specialistische aard. Daarom rijst bij de ziektekostenverzekeraar de vraag hoe een niet-medisch specialist zelfstandig en zonder de expertise van een gespecialiseerd genderteam geacht kan worden een geldige indicatie voor een geslachtsveranderende operatie te stellen.
- 5.3. Verzoekster is op 27 juni 2013 op het spreekuur van de medisch adviseur geweest. De aangevraagde neuscorrectie was hierbij het onderwerp van de beoordeling. Tot een echt inhoudelijke beoordeling is het toen niet gekomen, omdat gebleken was dat verzoekster op basis van de door de ziektekostenverzekeraar verstrekte informatie erop had mogen vertrouwen dat zij de kosten van de gevraagde neuscorrectie vergoed zou krijgen indien zij bepaalde informatie over zou kunnen leggen, hetgeen ook is gebeurd. De medisch adviseur heeft hierbij nadrukkelijk medegedeeld dat - mocht verzoekster overgaan tot een volgende stap in het kader van de geslachtsverandering - de verleende toestemming voor de neuscorrectie niet kon worden gebruikt als argument voor een aanspraak op vergoeding van andere ingrepen. Er is verzoekster duidelijk medegedeeld dat zij daartoe moet beschikken over een indicatiestelling door het multidisciplinaire team van het VUmc of het UMCG. Er is toen dus reeds gesproken over de voorwaarden die van toepassing zijn op zorg voor transgenders.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet naar het AZM verwezen. Verzoekster heeft zelf contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of zij in verband met de lange wachttijden in het VUmc in het AZM kon worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft een algemeen antwoord gegeven ten aanzien van transgenderisme. Dit blijkt ook uit de telefoonnotitie die van dit gesprek is gemaakt.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat de behandelend psycholoog een klinisch psycholoog is. Voorts is toegelicht dat de neuscorrectie uitsluitend op "juridische gronden" werd toegestaan, waarbij een nadrukkelijk voorbehoud is gemaakt ten aanzien van eventuele andere ingrepen. Verder is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de behandeling weliswaar niet onder één dak hoeft plaats te vinden, maar dat een multidisciplinaire behandeling

wél essentieel is. In het geval van verzoekster ontbreekt de regie. Bovendien is de behandelend klinisch psycholoog geen deskundige op onderhavig terrein en werkt zij solistisch. Destijds is naar deze psycholoog verwezen omdat nog geen diagnose was gesteld en verzoekster in Zuid-Limburg woont. Deze verwijzing hield geen goedkeuring in van de gehele verdere behandeling.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. In de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet bepaald dat de verzekerde een geschil kan voorleggen aan de commissie. In de heroverweging wordt verzoekster echter wél verwezen naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (waarvan de commissie deel uitmaakt). Daarom acht de commissie zich bevoegd ook een bindend advies uit te brengen ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van een geslachtsveranderende operatie, uit te voeren in Gent, 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

(...)

5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

(...)

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. (...)”

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
 - vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)"

8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg zoals omschreven in de polisvoorwaarden als de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.

8.6. De artikelen 1.2, 9 en 19 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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 de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.8. 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.

8.9. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"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 een aanvraag ingediend voor een operatie die zij in een andere EU-lidstaat, te weten België, wil ondergaan. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004

- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aannemelijk gemaakt, en tijdig aan verzoekster medegedeeld, dat het hier weliswaar verzekerde zorg betreft, maar dat verzoekster hiervoor (nog) geen indicatie heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom geen S2-formulier afgegeven. Met betrekking tot de indicatie geldt het volgende.
- 9.3. 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. Verzoekster heeft een operatie aangevraagd waarbij de mannelijke genitaliën worden aangepast naar vrouwelijke genitaliën. Dit betreft een geslachtskenmerk dat reeds bij de geboorte aanwezig is. Derhalve gaat het hier om correctie van een primair geslachtskenmerk.
- 9.4. 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 voor verantwoorde zorg vereist is dat 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.
- 9.5. Door verzoekster is gesteld dat het behandeltraject verloopt conform de internationaal geldende Standards of Care (SOC). Uit het advies van het Zorginstituut van 23 juni 2014 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 de 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.
- 9.6. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 23 juni 2014 geconcludeerd dat niet is gebleken dat sprake is (geweest) van een duidelijke nauwe samenwerking tussen de verschillende disciplines. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. De commissie merkt hierbij op dat het enkel uitwisselen van (medische) informatie onvoldoende is om te kunnen spreken van regelmatige communicatie en coördinatie van zorg en verwijzingen. De commissie heeft daarom bij brief van 22 september 2014 nadere stukken opgevraagd bij verzoekster, waaruit zou kunnen blijken dat sprake is van een regiefunctie van de behandelend psycholoog. Anders dan door de commissie verzocht, heeft verzoekster geen brief van haar psycholoog met de antwoorden op de gestelde vragen overgelegd, maar zelf een brief geschreven met daarin verwoord de volgens haar gegeven antwoorden van haar psycholoog. Dit enkele feit is reeds voldoende om te oordelen dat verzoekster op deze wijze niet voldoende heeft onderbouwd dat sprake is geweest van de vereiste regievoering, nog daargelaten dat ook de gegeven antwoorden niet toereikend zijn en de gevraagde stukken niet zijn aangeleverd. Op basis van het voorgaande concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar het verzoek om toestemming op grond van de verordening terecht heeft afgewezen en dat ook ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat.

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.

Telefonisch verstrekte informatie

- 9.8. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar telefonisch heeft verwezen naar een "seksuoloog NVVS". Zij heeft vertrouwd op de juistheid van de verstrekte informatie en heeft geheel te goeder trouw gehandeld, aldus verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft de telefoonnotitie van het gesprek van 7 mei 2012 overgelegd. Uit deze notitie blijkt dat verzoekster heeft gebeld met een - algemene - vraag over transgenderisme, te weten of behandeling in het ziekenhuis te Maastricht voor vergoeding in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geantwoord dat als verzoekster een verwijzing van de huisarts heeft, het niet uitmaakt in welk ziekenhuis zij wordt behandeld. Als het ziekenhuis een DBC declareert, worden deze kosten vergoed.

Uit voornoemde telefoonnotitie blijkt niet dat aan verzoekster een onvoorwaardelijke toezegging is gedaan dat de geslachtsveranderende operatie zou worden vergoed. Daarnaast is door dan wel namens verzoekster een aanvraag ingediend voor de geslachtsveranderende operatie. Verzoekster wist dus dat hierop nog een beslissing zou volgen en diende er rekening mee te houden dat deze beslissing voor haar negatief kon zijn.

Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de aangevraagde neuscorrectie, verzoekster bij brief van 15 juli 2013 expliciet erop heeft gewezen dat de aanvraag voor de neuscorrectie werd gehonoreerd, maar dat verdere operaties in verband met de genderproblematiek niet voor vergoeding in aanmerking komen, tenzij het multidisciplinair team van het VUmc of het UMCG haar hiervoor zouden indiceren.

Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

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

Zeist, 5 november 2014,

Voorzitter