

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E  
en F, beide te G  
Zaak : Thailand, geneeskundige zorg, transseksualiteit, geslachtsveranderende operatie  
Zaaknummer : 201301949  
Zittingsdatum : 5 maart 2014

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

1.1. Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

- 1) E en
  - 2) F, beide te G
- 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 ZorgZo (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 ExtraVerzorgd2 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 verzekering TandVerzorgd 1 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 vergoeding van een geslachtsveranderende operatie, uitgevoerd te Bangkok (Thailand) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 juni 2012 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 24 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 19 juli 2013 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 januari 2014 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.

- 3.7. Bij brief van 16 oktober 2013 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 november 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013127752) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet gebleken is van een duidelijke samenwerking tussen de verschillende disciplines. Daarnaast is in artikel B9 van de zorgverzekering bepaald dat voor zorg in het buitenland voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist; deze toestemming is niet verleend. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 december 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 maart 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 12 maart 2014 heeft de commissie het CVZ afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de na de zitting van verzoekster ontvangen pleitaantekeningen gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 maart 2014 de commissie medegedeeld dat voornoemde stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Uit de stukken blijkt niet dat meer aan coördinatie is gedaan dan reeds uit het oorspronkelijke dossier bekend was, zoals het uitwisselen van verwijsbrieven, resultaten, en contacten via telefoon en e-mail. Er is niet gebleken dat sprake was van een duidelijk hechte samenwerking. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 21 maart 2014 aan partijen gezonden, waarbij deze in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.

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

- 4.1. Verzoekster is in 2010 door haar huisarts doorverwezen naar de Psycho Informa Groep (hierna: PIG) in verband met genderproblematiek. Zij is sinds 31 mei 2010 bij deze zorgaanbieder onder behandeling. PIG is een psychologenpraktijk waaraan een specialistisch team van psychologen en psychotherapeuten is verbonden, welke praktijk zich al meer dan 15 jaar toelegt op het begeleiden en behandelen van patiënten met genderproblematiek. De behandeling door PIG wordt gewoonlijk door de ziektekostenverzekeraar, en ook door andere ziektekostenverzekeraars, vergoed.
- 4.2. Verzoekster is gediagnosticeerd met transseksualiteit. Op 1 mei 2011 is de real life experience aangevangen, en op 27 juni 2011 is zij doorverwezen voor hormoontherapie, laserbehandeling dan wel elektrische epilatie en logopedie. Na afronding van de real life experience heeft PIG verzoekster geïndiceerd voor een geslachtsveranderende operatie. Zij is hiervoor doorverwezen naar de kliniek in Bangkok. Ook de huisarts heeft haar doorverwezen naar de betreffende kliniek. De ingreep heeft op 10 juli 2012 plaatsgevonden.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag onder meer afgewezen, omdat de Thaise arts dan wel de kliniek niet door hem is gecontracteerd. Ingevolge artikel B3 van de polisvoorwaarden heeft verzoekster het recht zelf haar zorgverlener te kiezen, waarbij het voor de vergoeding niet uitmaakt of sprake is van een al dan niet gecontracteerde zorgaanbieder. Artikel B9 maakt voor behandelingen in het buitenland op het voorgaande geen uitzondering.
- 4.4. De 'Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People' van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH) (hierna: SOC), geeft wereldwijd aanvaarde richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van patiënten met genderdystrofie en transseksualiteit. De richtlijnen van de SOC geven de stand van de wetenschap en praktijk weer. In dit stuk is onder meer vastgelegd aan welke eisen de zorgverlener dient te voldoen, en hoe de diagnose wordt vastgesteld. Hierin wordt evenwel niet als vereiste gesteld dat de zorgverlener - indien deze voldoet aan de kwaliteitseisen - deel uitmaakt van een multidisciplinair team. PIG hanteert bij de behandeling en begeleiding van patiënten de SOC. Hierbij wordt intensief samengewerkt met individuele zorgaanbieders met kennis van zaken rond transseksualiteit. De communicatie bestaat uit het uitwisselen van verwijsbrieven, uitwisseling van resultaten en telefonische en mailcommunicatie. Het team van PIG voert daarbij de regie over het gehele traject, waarbij PIG tot het einde van het traject zorgdraagt voor de persoonlijke en psychische begeleiding. Aangezien is voldaan aan de richtlijnen van

de SOC was verzoekster redelijkerwijs aangewezen op de onderhavige operatie. Bovendien heeft het CVZ in zijn advies van 25 maart 2008 geoordeeld dat de werkwijze van PIG in overeenstemming is met de SOC.

- 4.5. Verzoekster heeft op verwijzing van PIG voorafgaand aan de geslachtsveranderende operatie hormoontherapie ondergaan bij een endocrinoloog in Nederland. De kosten van deze behandeling zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat ter zake de indicatie is voldaan aan de richtlijn van de SOC en daarmee aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.6. In tegenstelling tot hetgeen bijvoorbeeld in het bindend advies van de commissie van 9 mei 2013 (zaaknummer 2011.01660) als uitgangspunt wordt genomen, gaan de richtlijnen niet uit van "een duidelijke regie van het gehele traject door een team van psychologen". Het is wel aanbevolen dat een psycholoog de zorgverlening coördineert, maar dit is geen vereiste. Dit neemt overigens niet weg dat PIG de zorg wél coördineert.
- 4.7. De notitie 'Transgenderzorg in Nederland naar een hoger plan', waarop de ziektekostenverzekeraar zich beroept, betreft - ander dan de SOC - geen weergave van de stand van de wetenschap en praktijk met betrekking tot de behandeling en begeleiding van patiënten met genderdysforie. Het is niet meer dan een input voor "een discussiebijeenkomst van partijen in het veld", waarvan het VU Medisch Centrum één van de initiatiefnemers is. De notitie heeft derhalve geen zelfstandige betekenis. Daarbij is de notitie geschreven ten behoeve van het genderteam van het VUmc, waardoor de onafhankelijkheid niet is gewaarborgd.
- 4.8. De Thaise arts die de operatie heeft uitgevoerd, is lid van de WPATH. Zijn werkwijze is in overeenstemming met de SOC. Hij accepteert patiënten uitsluitend op basis van een goed gedocumenteerde indicatie van psychotherapeuten, nadat hij zich ervan heeft vergewist dat de verwijzers zijn gekwalificeerd om de indicatie af te geven. Hij heeft een ruime ervaring op het gebied van geslachtsveranderende operaties. Hij werkt al meer dan tien jaar samen met PIG en er is regelmatig contact via telefoon en e-mail. De verpleging en behandeling in de betreffende kliniek duurt vier weken, met afsluitende controle en eventuele correcties. Gelet hierop en gezien de ervaring van de arts is de kans op complicaties gering. Eventueel benodigde nabehandelingen wordt gratis uitgevoerd.
- 4.9. De ziektekostenverzekeraar was ervan op de hoogte dat verzoekster bij PIG en de endocrinoloog onder behandeling was in verband met genderdysforie. Evenzo was duidelijk dat deze behandelingen zouden kunnen leiden tot een geslachtsveranderende operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft de hiermee gemoeide kosten alsmede die van de uitgebreide onderzoeken voorafgaand aan de operatie vergoed. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de zorg. Daarom kan de ziektekostenverzekeraar niet in redelijkheid besluiten dat het sluitstuk van de behandeling - de geslachtsveranderende operatie - niet wordt vergoed. Hierbij wordt opgemerkt dat als verzoekster zich voor de volledige behandeling zou hebben gewend tot de gecontracteerde zorgaanbieder, zoals door de ziektekostenverzekeraar gewenst, het gehele traject ten minste vier jaar zou hebben gekost. Dit zou voor verzoekster een onaanvaardbare psychische belasting hebben meegebracht, hetgeen redelijkerwijs niet van haar kon worden gevergd.
- 4.10. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat het op grond van eerder genoemde 'Standards of care' niet verplicht is dat de behandeling in teamverband plaatsvindt. Enkel voor de hormoonbehandeling wordt het werken in teamverband wel aangeraden. Hieraan is in de onderhavige situatie voldaan. De psycholoog van PIG heeft de coördinerende rol op zich genomen. Dit blijkt onder meer uit de brief aan de endocrinoloog, met wie er ook geregeld contact is geweest. Ook is de psycholoog opgetreden als coördinator van het extramurale genderteam.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat, waar het gaat om de ontbrekende toestemming, voor verzoekster geen uitzondering kan worden gemaakt. Het ingenomen standpunt is evenwel evident onjuist. Daarom kan in redelijkheid geen beroep worden gedaan op dit toestemmingsvereiste.

Ter aanvulling heeft de PIG-psycholoog ter zitting aangevoerd dat PIG het emotionele deel van de behandeling doet, alsmede de begeleiding tijdens de hormoonbehandeling tot de operatiefase. In dat kader wordt overleg gevoerd met de diverse artsen. Deze zijn gevestigd in België, Duitsland en Thailand, en - voor zover gevestigd in Nederland - verbonden aan het VUmc of UMCG. De patiënt kan zelf bepalen door welk van deze artsen hij behandeld wil worden. Voor de overgang naar een volgende fase in het traject, vindt bespreking in het team

plaats, tezamen met een psychotherapeut en een psychiater. Bij groen licht mag betrokkene door naar de endocrinoloog. Ook in deze fase kan worden gekozen uit verschillende artsen. PIG ziet de patiënten iedere maand, en als er iets is kan contact worden opgenomen. Nadat betrokkene minimaal één jaar is behandeld met hormonen en/of de real life experience heeft doorlopen, wordt de beslissing om te gaan opereren genomen. In de tussentijd is er iedere maand overleg. Na ongeveer een half jaar wordt contact opgenomen met de arts die de operatie zal gaan uitvoeren. Deze krijgt een complete briefing. Dit is het voortraject. Nadat de operatie is uitgevoerd, volgt het natraject dat ook door PIG wordt verzorgd. Tijdens de operatiefase is de coördinator beschikbaar voor overleg.

Verzoekster concludeert dat de zorg doelmatig is en dat het enkel nog gaat om het toestemmingsvereiste. Dit is weliswaar bepaald in de polisvoorwaarden, maar toepassing hiervan leidt tot een uitkomst die onaanvaardbaar is. De stellingen van de ziektekostenverzekeraar zijn daarom onhoudbaar.

Verzoekster benadrukt dat van haar niet kon worden gevraagd zich te wenden tot het VUmc. Ten eerste zou het volledige traject opnieuw moeten worden doorlopen, hetgeen de nodige vertraging met zich brengt. Ten tweede was sprake van een lange wachttijd en inmiddels bestaat zelfs een patiëntenstop. Bovendien zou dit leiden tot extra kosten voor de ziektekostenverzekeraar, aangezien de kosten van de begeleiding door PIG en de kosten van de endocrinoloog reeds zijn vergoed.

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

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Uit de artikel B9 en B27 van de zorgverzekering volgt dat, om in aanmerking te komen voor vergoeding van de behandeling, de ziektekostenverzekeraar toestemming dient te verlenen voor een planbare intramurale geslachtveranderende operatie bij een zorgaanbieder in het buitenland. Deze toestemming is niet verleend. De gevraagde behandeling was tijdig beschikbaar bij gespecialiseerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar mag een dergelijke voorwaarde stellen. Het is aan het bevoegde orgaan, in casu de ziektekostenverzekeraar, uitdrukkelijk voorbehouden om toestemming te verlenen indien de verzekerde naar een ander EU-land gaat om zorg te verkrijgen. Dit staat in artikel 20 lid 1 Vo 883/2004 en is voor de onderhavige planbare zorg aangevuld in artikel 26 lid 2 Vo 987/2009.

5.2. Behandeling van transseksuelen kan geschieden door middel van multidisciplinaire samenwerking in een centrum of door onafhankelijk van elkaar opererende zorgverleners. Eerdere jurisprudentie van de commissie wijst uit dat van belang is of de vorm van zorg die aan verzoekster is verleend als verantwoord kan worden aangemerkt. Hiervoor is volgens het rapport van het CVZ van 25 maart 2008 (28008992) relevant of sprake is van een duidelijke regie gedurende het gehele behandeltraject. Uit de door verzoekster overgelegde stukken blijkt alleen dat sprake is van verwijzing van de ene naar de andere arts. Uit niets blijkt van een duidelijke regie of een hecht samenwerkingsverband tussen de disciplines. Uit de stukken blijkt weliswaar dat het mogelijk is bij PIG een multidisciplinair traject te volgen, maar niet dat dit ook bij verzoekster is geschied. Er is niet gebleken van regelmatige communicatie tussen de disciplines en van coördinatie van zorg.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet is gebleken van een multidisciplinaire samenwerking. Dit is door het CVZ bevestigd. Er is onvoldoende komen vast te staan dat een begeleidingstraject is gevolgd. Evenmin is gebleken dat - in de situatie van verzoekster - het protocol is gevolgd.

5.4. 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 gehouden is de kosten van de in Thailand ondergane geslachtsveranderende operatie aan verzoekster 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.*

*Welke zorg*

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

*(...)*

*-- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.*

*(...)*

***Verwijzing en toestemming***

*U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van 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.”*

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

*“(…)*

*Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend.*

*Toestemming*

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.(…)”*

8.4. De artikelen B9 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).

8.5. 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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. Artikel B9 van de zorgverzekering bepaalt dat voor intramurale zorg in het buitenland voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist. Verzoekster heeft op 27 juni 2011 een aanvraag ingediend voor een behandeling in verband met gediagnosticeerde transseksualiteit, die niet zal plaatsvinden in het VUmc. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag bij e-mailbericht van 18 juli 2011 afgewezen omdat alleen het VUmc door hem is gecontracteerd voor de gevraagde zorg. De commissie merkt hierbij op dat dit een onbegrijpelijke afwijzingsgrond is, aangezien verzoekster een restitutiepolis heeft die wordt gekenmerkt door het recht van vrije artskeuze. Verzoekster heeft in mei 2012 een aanvraag ingediend voor de geslachtsveranderende operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag bij brief van 22 juni 2012 afgewezen, omdat niet is gebleken van een duidelijke nauwe samenwerking tussen de betrokken disciplines. De ingreep heeft op 10 juli 2012 in Thailand plaatsgevonden. Nu vaststaat dat verzoekster hieraan voorafgaand een aanvraag heeft ingediend, moet thans worden beoordeeld of de toestemming verzoekster terecht is onthouden.
- 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 is een operatie uitgevoerd waarbij de mannelijke genitaliën zijn aangepast naar vrouwelijke genitaliën. Dit betreft geslachtskenmerken die reeds bij de geboorte aanwezig zijn. Derhalve gaat het hier om 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 voor de 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 conform de SOC van de WPATH. Uit het advies van het CVZ van 13 november 2013 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.
- 9.5. Het CVZ heeft in zijn advies van 13 november 2013 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. Op basis van het voorgaande concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar het verzoek om toestemming terecht heeft afgewezen.
- 9.6. De commissie overweegt - wellicht ten overvloede - nog dat, anders dan de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 1 oktober 2013 heeft gesteld, de bepalingen van Vo 883/2004 en Vo 987/2009 niet van toepassing zijn, aangezien de onderhavige zorg in Thailand heeft plaatsgevonden en Thailand geen EU-lidstaat is.


 **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, 2 april 2014,

 Voorzitter