

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400591

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 11 maart 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 9 juli 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 juli 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024027230) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 augustus 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 2 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 18 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 20 augustus 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 oktober 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis vrij (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft op 30 oktober 2023 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een mastectomie, te verrichten in Londen, Verenigd Koninkrijk. De zorgverzekeraar heeft in reactie hierop aan verzoeker meegedeeld dat hij aanvullende informatie nodig heeft. Verzoeker heeft daarom een nieuwe aanvraag ingediend, waarbij extra informatie was gevoegd. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar nog driemaal aanvullende informatie bij verzoeker opgevraagd en heeft verzoeker driemaal een nieuwe aanvraag ingediend, telkens voorzien van aanvullende informatie.

- 2.3. Bij brief van 21 februari 2024 heeft de behandelend psychiater, naar aanleiding van de door de zorgverzekeraar gestelde vragen, het volgende verklaard:

"Genderhealthcare werkt samen in een netwerk van aanbieders van transgenderzorg in de behandeling van deze verzekerde. Uw verzekerde is sinds 24-10-2023 09:15 bij onze praktijk in behandeling onder DSM-V diagnose 'Genderdysforie' en wordt behandeld conform het protocol van de WPATH (World Professional Association for Transgender Health) versie 7 en volgens de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg GGZ.

- Is GenderHealthcare aangesloten bij een gecoördineerd netwerk?

Genderhealthcare samen met Medisch Centrum Bloemendaal en Medisch[e] Kliniek Velsen zijn onderdeel van een gecoördineerd netwerk.

- Wie heeft de regie bij het behandeltraject van mij?

[naam psychiater] (Psychiater) en [naam behandelaar] hebben de regie over het behandeltraject."

- 2.4. Bij brief van 2 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen.
- 2.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 12 maart 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 22 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. **Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar alsnog een machtiging moet verlenen voor de door hem aangevraagde dubbele mastectomie, te verrichten te Londen, Verenigd Koninkrijk.
- 3.2. Verzoeker heeft, in het verzoek om heroverweging van 25 januari 2024, aangevoerd dat de zorgverzekeraar steeds weer nieuwe informatie opvraagt voor de beoordeling van zijn aanvraag. Hij heeft al zeer gevoelige informatie aangeleverd en wil niet nog meer persoonlijke informatie aan de zorgverzekeraar sturen. Verzoeker is van mening dat hij op grond van zijn zorgverzekering recht heeft op vergoeding van de aangevraagde behandeling. Hij moet dringend worden behandeld en de wachttijden zijn in Nederland ondraaglijk lang.
- 3.3. In het klachtenformulier van 11 maart 2024 heeft verzoeker opgemerkt dat hij een zuivere restitutiepolis heeft en dat hij om die reden zelf mag bepalen waar hij wil worden behandeld. Verzoeker benadrukt dat hij alle relevante gegevens naar de zorgverzekeraar heeft gestuurd: de verwijzing, de diagnose, second opinions en nog meer gevoelige gegevens. De zorgverzekeraar wil nu ook nog een verslag van het multidisciplinaire overleg (hierna: MDO) hebben. Verzoeker wil dit verslag niet toesturen, omdat de zorgverzekeraar alle gegevens al heeft. In het intakegesprek op 1 mei 2024, met een medewerker van het bureau van de commissie, heeft verzoeker toegelicht dat hij het MDO-verslag niet over wil leggen in verband met zijn privacy. In een MDO wordt namelijk veel meer besproken dan alleen de diagnose. Hij merkt op dat hij al deze informatie niet zou hoeven aanleveren als hij in Nederland zou worden geopereerd.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij weet dat een behandeling in het buitenland niet volledig wordt vergoed, maar het tarief dat in Nederland geldt, zou wel moeten worden vergoed. Het lijden is ondragelijk en hij wil in het buitenland worden behandeld, aangezien de wachttijd in Nederland te lang is. Verzoeker heeft een verwijfsbrief aangeleverd. Ook merkt hij op dat er contact is geweest tussen de psychiater, de psycholoog en de chirurg in Nederland. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, heeft verzoeker verklaard dat de kosten van de behandeling door de psycholoog en de psychiater door de zorgverzekeraar worden vergoed.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor de behandeling afgewezen. Naar aanleiding van de eerste aanvraag heeft de zorgverzekeraar bij brief van 7 november 2023 toegelicht dat transgendersorg in Nederland een multidisciplinaire behandeling is, waarbij verschillende medische specialismen hun zorg met elkaar afstemmen en gezamenlijk zorg bieden. De zorg die binnen het transitietraject valt, wordt alleen vergoed als deze onderdeel is van een gecoördineerd netwerk met een coördinator vanuit de GGZ (een psychiater of psycholoog). De zorgverzekeraar verwijst naar de 'Standards of Care' (SOC) van de World Professional Association for Transgender Health (hierna: WPATH). De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat hij van de in Nederland geleverde zorg in het kader van een transgendertraject weet dat de zorgaanbieders zich houden aan deze richtlijn. Van de zorgaanbieders in het buitenland weet hij dat niet. Om dit te kunnen beoordelen, wil de zorgverzekeraar aanvullende informatie ontvangen van verzoeker
- 4.2. Met zijn beslissing van 2 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar de aanvraag afgewezen. De zorgverzekeraar licht toe dat het essentieel is dat er een duidelijke regie is gedurende het gehele behandeltraject van de transitie. In het geval van verzoeker wordt de diagnostiek en behandeling niet uitgevoerd door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum dat is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling voor transgendersorg. De overname en indicatiestelling heeft niet in het Amsterdam UMC of UMCG plaatsgevonden. En er is geen duidelijke regie gedurende het gehele behandeltraject. Hiermee is niet voldaan aan de SOC van de WPATH.
- 4.3. Naar aanleiding van de nieuwe aanvraag van 9 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar bij brief van 9 januari 2024 enkele concrete vragen over het transitietraject gesteld aan verzoeker. Bij brief van 22 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij niet alleen beantwoording van de door hem gestelde vragen verlangt, maar dat hij ook een verslag van de behandelaar wil ontvangen waarin deze antwoorden zijn opgenomen. Ook wil de zorgverzekeraar een verslag van het MDO waarin de indicatie voor de operatie is gesteld.
- 4.4. In de heroverweging van 12 maart 2024 stelt de zorgverzekeraar dat plastisch chirurgische ingrepen aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen om voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen. Dat verzoeker een restitutieverzekering heeft, maakt dit niet anders. Verzoeker heeft verklaard geen reactie te willen geven op één van de twee door de zorgverzekeraar gestelde vragen. De zorgverzekeraar respecteert de wens van verzoeker om geen nadere informatie toe te sturen, maar hierdoor kan de aanvraag niet verder in behandeling worden genomen.
- 4.5. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 9 juli 2024 gereageerd op het aan de commissie voorgelegde geschil. Hij licht toe dat de aanvraag is afgewezen, omdat niet is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. Voor een bilaterale mastectomie staan deze beschreven in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard 2021' van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV werkwijzer) en in de Kwaliteitsstandaard Transgendersorg somatisch 2018. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij met de brief van 2 januari 2024 niet heeft bedoeld dat de aanvraag is afgewezen omdat verzoeker niet

onder behandeling is van het Amsterdam UMC of het UMCG. Deze instellingen werden door hem genoemd als voorbeeld. De multidisciplinaire samenwerking kan op verschillende manieren worden georganiseerd. Zo kan de samenwerking plaatsvinden in de vorm van ketenzorg of binnen een algemeen of academisch ziekenhuis. Een hormoonbehandeling of operatie kan niet worden uitgevoerd zonder ondersteuning van een psycholoog of psychiater. Deze participeert dan ook in het samenwerkingsverband. Daarnaast is het belangrijk dat duidelijk is welke zorgverlener de regiebehandelaar is en wie het zorgproces rondom een transgender coördineert. Naast een gespecialiseerde psycholoog, psychiater of orthopedagoog bestaat een samenwerkingsverband uit endocrinologische zorgverleners en chirurgische zorgverleners. Allen dienen ervaring te hebben in de begeleiding/behandeling van personen met genderincongruentie. Onderlinge afstemming tussen de zorgverleners vindt plaats in structurele MDO's.

- 4.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat de aanvraag is afgewezen, omdat het geen verzekerde zorg betreft. Een genderbevestigende operatie, zoals een mastectomie, moet hiertoe voldoen aan verschillende criteria, zoals 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast is van belang dat betrokkene op de zorg is aangewezen.

De zorgverzekeraar is verbaasd over het advies van het Zorginstituut. Het Zorginstituut lijkt zijn standpunt op dit gebied te hebben verlaten. De kwaliteitscriteria zouden alleen mogen worden toegepast als dit is geregeld in de polisvoorwaarden. De zorgverzekeraar heeft hierover een en ander opgenomen in zijn polisvoorwaarden. De VAV werkwijzer wordt wel gebruikt door het Zorginstituut, maar aan de andere kant zegt het Zorginstituut dat de richtlijnen die hierin staan niet door hem worden toegepast. Het is belangrijk dat deze richtlijnen worden gevolgd, dit ter waarborging van de zorg. In het geval van verzoeker is niet voldaan aan het criterium 'plegen te bieden' en de indicatie, aldus de zorgverzekeraar. Een mastectomie is op zich een verzekerde aanspraak, maar er is niet voldaan aan de voorwaarden/richtlijn. De zorgverzekeraar benadrukt dat als niet is voldaan aan de WPATH, betrokkene geen recht heeft op de zorg, omdat dan niet is voldaan aan de richtlijn van de beroepsgroep. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, licht de zorgverzekeraar toe dat de stand van de wetenschap en praktijk geen afwijsggrond vormt in deze zaak, maar het criterium 'plegen te bieden' wel.

Verder heeft de zorgverzekeraar verwezen naar de VAV Werkwijzer. Hoofdstuk 14 betreft transgenderzorg en hierin is vermeld dat de diagnostiek moet plaatsvinden conform de internationale richtlijnen van de WPATH en dat een multidisciplinair genderteam een duidelijke regie moet hebben. Voor somatische zorg is het belangrijk dat wordt voldaan aan de voorwaarden. Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking. Dit is een kwaliteitseis. Er is echter niet gebleken dat in het geval van verzoeker in een multidisciplinair overleg is besloten dat deze ingreep is aangewezen. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft de zorgverzekeraar bevestigd dat de voorwaarden van de WPATH niet letterlijk zijn opgenomen in de polisvoorwaarden. In de voorwaarden staat echter wel op pagina 7 onder 'inhoud en omvang van zorg' dat de aanspraak op een behandeling mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en wat de beroepsgroep tot de aanvaarde behandelmethoden rekent. De zorgverzekeraar benadrukt dat er geen wettelijke grondslag is om deze richtlijn in de voorwaarden op te nemen.

Verder heeft de zorgverzekeraar benadrukt dat het geen verzekerde zorg betreft, omdat de behandeling niet voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden, waaronder het criterium 'plegen te bieden'.

Daarnaar door de commissie gevraagd heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij dient te beschikken over het verslag van het multidisciplinair overleg, waarbij ook de behandelend plastisch chirurg is betrokken. De Engelse plastisch chirurg moet ook een gedegen gesprek hebben gehad met verzoeker en er moet zijn overlegd met de psychiater.

De zorgverzekeraar heeft de commissie gewezen op een eerder bindend advies, van 20 januari 2023 (SKGZ 202200378), waarin is besloten het advies van het Zorginstituut niet te volgen. De onderhavige kwestie is hiermee vergelijkbaar.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Juridisch kader

(...)

Plastische chirurgie

Bij plastische chirurgie en overige behandelingen van het uiterlijk gaat het voornamelijk om de aanwezigheid van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking, zoals omschreven is in artikel 2.4, onder b, van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

In het toetsingskader Zorg voor transgender personen uit 2007 van het College voor Zorgverzekeringen (nu Zorginstituut Nederland) is beschreven dat een mastectomie bij vrouw-man transgenders voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering indien voldaan wordt aan de voorwaarden voor vergoeding van een gynaecomastie extirpatie. Hierbij wordt opgemerkt dat in de meeste gevallen bij een vrouw-man verandering sprake is van een vrouwelijke borst met een Tannerstadium van M4 of meer.

In de VAV Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn de voorwaarden voor vergoeding van een gynaecomastie extirpatie verder uitgewerkt. Uit de werkwijzer blijkt dat vergoeding van een gynaecomastie mogelijk is, indien er sprake is van:

- aangetoond klierweefsel en
- hierbij geen onderliggende oorzaak is of waarbij deze reeds behandeld is en
- deze gynaecomastie langer bestaat dan 12 maanden.

Daarbij dient er sprake te zijn van een verminking:

een gynaecomastie, waarbij er sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer.

(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

SOC en Kwaliteitsstandaard

Het is van belang dat patiënten goede zorg krijgen. Mogelijk heeft verweerder een bepaling in de polis opgenomen waaruit blijkt dat de behandeling moet voldoen aan de SOC of de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch 2018. Alleen dan is het mogelijk om de aanvraag af te wijzen op deze grond. Het behoort niet tot de taken van het Zorginstituut om hier een uitspraak over te doen.

Verminking

De behandelend plastisch chirurg uit Engeland heeft op basis van opgestuurde foto's op 7 november 2023 de borsten van verzoeker beschreven in het kader van de beoogde mastectomie. 'De borsten van verzoeker zijn relatief groot en symmetrisch, daarbij is een smalle intermammaire ruimte aanwezig. De zijkanten van de borsten zijn niet goed zichtbaar vanwege de voorliggende armen.' Op basis van deze beschrijving acht het Zorginstituut het aannemelijk dat sprake is van een Tanner stadium van tenminste M4, en dus van verminking in de zin van het Bzv. Daarnaast is er gezien het feit dat verzoeker een vrouw is geweest sprake van klierweefsel, geen onderliggende oorzaak en bestaat de gynaecomastie langer dan 12 maanden. Verzoeker voldoet derhalve aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van een dubbele mastectomie.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker voldoet aan de indicatievoorwaarden voor een dubbele mastectomie. Mogelijk heeft verweerder in de polis een bepaling opgenomen met betrekking tot de kwaliteit van zorg op grond waarvan de gevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt. Het behoort echter niet tot de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut om dit te beoordelen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van een dubbele mastectomie ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg, meer in het bijzonder plastische chirurgie, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de van belang zijnde bepalingen uit het Protocol on Social Security Coordination opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een dubbele mastectomie die hij wil ondergaan in het Verenigd Koninkrijk. Het Verenigd Koninkrijk is geen lidstaat van de Europese Unie meer, maar met ingang van 1 januari 2021 is sprake van de Trade and Cooperation agreement tussen het Verenigd Koninkrijk van Groot Brittannië en Noord-Ierland en de Europese Unie. Onderdeel hiervan vormt het Protocol on Social Security Coordination. Blijkens artikel SSC.3 ziet het protocol ook op prestaties bij ziekte. Als er sprake is van planbare zorg, dan geldt artikel SSC.18. Deze bepaling is min of meer gelijklopend aan artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004, de verordening die van toepassing is binnen de Europese Unie.
- 7.3. Volgens artikel SSC.18 heeft een verzekerde, na vooraf verkregen toestemming van het bevoegde orgaan (de zorgverzekeraar), 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 staat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op diens gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde staat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.

Gezien het bovenstaande beoordeelt de commissie eerst of verzoeker op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling.

- 7.4. Door verzoeker is een aanvraag ingediend voor een dubbelzijdige mastectomie. Dit is een ingreep van plastisch chirurgische aard. De aanspraak hierop is geregeld in het artikel 'Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie' op de pagina's 36 en 37 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.4 Bzv. Dat het hier verzekerde zorg op basis van de zorgverzekering betreft is niet in geschil. Waar het gaat om het bestaan van een verzekeringsindicatie is in de situatie van verzoeker het tweede onderdeel, vermindering, van belang. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 20 augustus 2024 op grond van de beschikbare informatie geconcludeerd dat verzoeker voldoet aan de indicatievoorwaarden voor een dubbele mastectomie. Op basis van de beschrijving van de behandelend plastisch chirurg acht het Zorginstituut het aannemelijk dat bij hem sprake is van een Tanner stadium van tenminste M4, en dus van vermindering in de zin van het Bzv. Daarnaast is er, gezien het feit dat verzoeker een vrouw is geweest, sprake van klierweefsel, geen onderliggende oorzaak, en bestaat de gynaecomastie langer dan 12 maanden.

- 7.5. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut en uit eerdere bindende adviezen van de commissie, betekent het feit dat sprake is van verzekerde zorg en dat bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat nog niet automatisch dat een ingediende aanvraag moet worden gehonoreerd. Een verzekeraar kan namelijk in beginsel bepaalde kwaliteitseisen hanteren. In dit geval is door de zorgverzekeraar verwezen naar de SOC van de WPATH en naar de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch 2018. De commissie heeft in de voorwaarden van de zorgverzekering echter geen bepaling aangetroffen waarin hiernaar wordt verwezen. De zorgverzekeraar heeft ter zitting bevestigd dat geen verwijzing is opgenomen in de polisvoorwaarden. Hij heeft in dat verband aangevoerd dat er geen wettelijke grondslag is om dit te doen. Daarnaast heeft hij betoogd dat de toepasselijkheid van de SOC van de WPATH reeds volgt uit het criterium 'plegen te bieden'.
- De commissie acht deze standpunten van de zorgverzekeraar onnavolgbaar. Indien een verzekeraar bepaalde kwaliteitseisen wenst te hanteren, dienen deze voor zijn verzekerden kenbaar te zijn via de verzekeringsvoorwaarden. Is dat niet het geval, dan kunnen deze kwaliteitseisen betrokkene niet worden tegengeworpen. Dat zij deel uitmaken van het criterium 'plegen te bieden' is niet juist. Een dubbelzijdige mastectomie behoort tot de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, Bzv, en vormt, zoals onder 8.4. al is geconcludeerd, verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering.
- Om die reden concludeert de commissie dat de zorgverzekeraar de aanvraag niet had mogen afwijzen vanwege het niet voldoen aan bedoelde kwaliteitseisen.
- 7.6. Gezien het vorenoverwogene heeft verzoeker aanspraak op de door hem aangevraagde dubbelzijdige mastectomie. Op grond van artikel SSC.18 van eerder genoemd protocol, mag toestemming niet worden geweigerd in het geval op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op de behandeling, en de behandeling hem niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. Verzoeker heeft, onder andere in de aanvraag van 30 oktober 2023 en in de toelichting bij de aanvraag van 20 november 2023, vermeld dat de wachttijden in Nederland (veel) te lang zijn. De zorgverzekeraar heeft dit niet weersproken. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat de dubbelzijdige mastectomie in Nederland niet tijdig kan worden uitgevoerd. Dit betekent dat verzoeker de gevraagde toestemming ten onrechte is onthouden. Volledigheidshalve wijst de commissie verzoeker er in dit verband op dat het alsnog verlenen van deze toestemming tot gevolg heeft dat de in Londen te maken kosten slechts worden vergoed voor zover dekking bestaat onder de Engelse sociale ziektekostenverzekering. Indien hierdoor kosten voor rekening van verzoeker blijven, heeft hij op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op aanvulling tot maximaal de in Nederland toepasselijke vergoeding, in dit geval tot het marktconforme tarief voor een dubbelzijdige mastectomie. Dat verzoeker heeft gekozen voor een restitutieverzekering geeft hem weliswaar het recht van vrije artskeuze, maar betekent niet dat op basis van de zorgverzekering alle gemaakte kosten voor vergoeding in aanmerking komen.
- Gelet op de uitkomst acht de commissie voorts termen aanwezig om te bepalen dat de zorgverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Slotom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de zorgverzekeraar aan verzoeker de gevraagde toestemming moet verlenen als bedoeld in artikel SSC.18 voor de door hem aangevraagde dubbelzijdige mastectomie;
- (ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 23 december 2024,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

- cc) "bijzonder stelsel voor ambtenaren": elk stelsel van sociale zekerheid dat verschilt van het algemeen stelsel van sociale zekerheid dat van toepassing is op werknemers in de betreffende staat en waaraan alle ambtenaren of bepaalde categorieën van ambtenaren rechtstreeks onderworpen zijn;
- dd) "staatloze": de betekenis die daaraan wordt toegekend in artikel 1 van het op 28 september 1954 te New York ondertekende Verdrag betreffende de status van staatlozen;
- ee) "verblijfplaats": de tijdelijke verblijfplaats.

ARTIKEL SSC.2

Personele werkingssfeer

Dit protocol is van toepassing op personen, met inbegrip van staatlozen en vluchtelingen, op wie de wetgeving van een of meer staten van toepassing is of geweest is, alsmede op hun gezinsleden en hun nabestaanden.

ARTIKEL SSC.3

Materiële werkingssfeer

1. Dit protocol is van toepassing op de volgende takken van de sociale zekerheid:
 - a) prestaties bij ziekte;

- b) moederschaps- en daarmee gelijkgestelde vaderschapsuitkeringen;
- c) uitkeringen bij invaliditeit;
- d) uitkeringen bij ouderdom;
- e) uitkeringen aan nabestaanden;
- f) prestaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten;
- g) uitkeringen bij overlijden;
- h) uitkeringen bij werkloosheid;
- i) uitkeringen bij vervroegde uittreding.

2. Tenzij in bijlage SSC-6 anders is bepaald, is dit protocol van toepassing op de algemene en bijzondere stelsels voor sociale zekerheid, al dan niet op premie- of bijdragebetaling berustend, alsmede op de stelsels betreffende de verplichtingen van een werkgever of een reder.

3. Titel III laat de wettelijke voorschriften van een staat met betrekking tot de verplichtingen van reders echter onverlet.

4. Dit protocol is niet van toepassing op:

- a) bijzondere, niet op premie- of bijdragebetaling berustende prestaties die worden vermeld in bijlage SSC -1, deel 1;

- b) sociale en medische bijstand;
- c) prestaties in verband waarmee een staat de aansprakelijkheid voor aan personen toegebrachte schade op zich neemt en voorziet in schadeloosstelling, zoals voor slachtoffers van oorlogshandelingen en militair optreden of de gevolgen daarvan; slachtoffers van criminaliteit, moord of terreurdaden; slachtoffers van schade die hun door overheidsdienaren in functie werd toegebracht; of slachtoffers die om politieke of religieuze redenen of vanwege van hun afstamming nadeel werd berokkend;
- d) prestaties bij langdurige zorg die worden vermeld in bijlage SSC-1, deel 2;
- e) diensten voor begeleide voortplanting;
- f) betalingen die verband houden met een in lid 1 vermelde tak van de sociale zekerheid en die:
 - i) worden betaald om de kosten voor verwarming bij koud weer te dekken; en
 - ii) worden vermeld in bijlage SSC-1, deel 3;
- g) gezinsbijslagen.

ARTIKEL SSC.18

Reizen met het oogmerk verstrekkingen te ontvangen –

Toestemming om een passende behandeling buiten de staat van de woonplaats te ondergaan

1. Tenzij in dit protocol anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere staat 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 staat 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 dat orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij uit hoofde van die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de staat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op diens gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde staat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
3. De leden 1 en 2 zijn *mutatis mutandis* van toepassing op de gezinsleden van een verzekerde.
4. Indien de gezinsleden van een verzekerde in een andere staat wonen dan de staat waar de verzekerde woont, en die andere staat heeft gekozen voor vergoeding op basis van vaste bedragen, worden de kosten van de in lid 2 bedoelde verstrekkingen gedragen door het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden. In dat geval wordt voor de toepassing van lid 1 het orgaan van de woonplaats van de gezinsleden als het bevoegde orgaan beschouwd.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

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:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslaptte bovenoogleden, als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtsskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

i Let op

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

- correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophoping) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,

- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

Let op

U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met medisch specialistische revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U wordt behandeld door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts. Dit team moet verbonden zijn aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrie revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.