ANONIEM
BINDEND ADVIES

Partijen	:	De erven van mevrouw A, vertegenwoordigd door mevrouw B te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak	:	Thailand, geneeskundige zorg, transseksualiteit, geslachtsveranderende operatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer	:	201402471
Zittingsdatum	:	1 juli 2015

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Postadres Postbus 291, 3700 AG Zeist **Bezoekadres** Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist **T** 088 900 69 00 **F** 088 900 69 06 **E** info@skgz.nl **www.skgz.nl** **KvK** 30213012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

De erven, hierna te noemen: verzoekers, van mevrouw A, hierna te noemen: erflaatster, vertegenwoordigd door mevrouw B te C,

tegen

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder had erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 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. Erflaatster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een geslachtsveranderende operatie, uit te voeren in Thailand, ten bedrage van € 12.374,10 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Op 5 augustus 2014 heeft de geslachtsveranderende operatie in Thailand plaatsgevonden. Erflaatster heeft de nota's van deze operatie bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
Bij brief van 15 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat voor de geslachtsveranderende operatie maximaal € 4.614,73 wordt vergoed.

3.3. Erflaatster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat het Nederlandse marktconforme tarief voor de geslachtsveranderende operatie € 7.499,99 bedraagt, zodat een bedrag van € 2.885,26 wordt nabetaald.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.5. Erflaatster is op 16 januari 2015 overleden.

3.6. Bij e-mailbericht van 28 januari 2015 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, hebben verzoekers het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 17 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 mei 2015 aan verzoekers gezonden.

3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 26 mei 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juni 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.10. Bij brief van 7 mei 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 juni 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015057856) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat DBC-zorgproductcode 059899063 passend is. Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft de juiste DBC gekozen om de hoogte van de vergoeding te bepalen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 juni 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers

4.1. Erflaatster is in 2011 door de huisarts verwezen naar het genderteam van het UMCG te Groningen. In 2012 is aldaar genderdysforie vastgesteld.

4.2. Op 9 april 2013 heeft erflaatster de ziektekostenverzekeraar verzocht toestemming te verlenen voor het laten uitvoeren van de geslachtsveranderende operatie in Thailand. Hiertoe heeft zij een viertal redenen aangevoerd. Tevens zijn een korte omschrijving van de operatie en een kostenoverzicht overgelegd. Bij brief van 18 april 2013 deelde de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster mede geen vergoeding te verlenen voor de operatie, aangezien zij niet voldeed aan een drietal voorwaarden. Erflaatster voldeed hier echter wèl aan.

4.3. De behandelend arts van het genderteam van het UMCG heeft op 15 november 2013 over erflaatster het volgende verklaard: “*Bovengenoemde patiënte is bij ons onder behandeling vanwege genderdysforie (man naar vrouw). Na een uitvoerige intake procedure is de indicatie tot behandeling gesteld en is zij op 8 februari 2013 gestart met de real-life test. Als deze test naar wens verloopt komt zij na 1½ jaar (augustus 2014) in aanmerking voor een geslachtsaanpassende operatie. Patiënte gaf de wens te kennen tezijnertijd in Thailand door collega Suporn te worden geopereerd. Dit is besproken in het genderteam en hiertegen bestaat onzerzijds geen bezwaar mits de real-life test succesvol is doorlopen. Onveranderd zullen wij de hormonale en psychosociale behandeling op ons nemen inclusief de nazorg na de operatie in Thailand. Dit impliceert wel dat de rekening voor de geslachtsaanpassende operatie niet door het UMCG zal worden ingediend maar door patiënte zelf. Gaarne uw medewerking in deze.*”

4.4. Na de aanvankelijke afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar volgde intensieve mondelinge communicatie tussen erflaatster, de ziektekostenverzekeraar en het UMCG. Erflaatster

heeft op 5 december 2013 de prijsopgaaf van het UMCG aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd en voor vragen over codes en formaliteiten verwezen naar de afdeling Facturatie van het UMCG. In januari 2014 kreeg erflaatster van de ziektekostenverzekeraar het definitieve bericht dat de kosten van de geslachtsveranderende operatie toch zouden worden vergoed. Er werd een machtiging afgegeven voor vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief. Dit tarief bleek hoger dan de werkelijke kosten. Naar aanleiding hiervan heeft erflaatster de operatie besproken met het UMCG en de arts in Thailand betaald, aangezien zij veronderstelde dat de kosten van de operatie 100% waren gedekt.

4.5. Op 17 juni 2014 heeft de psychiater van het genderteam van het UMCG een verklaring "Groen Licht/ voltooiing Real Life Fase" afgegeven.

4.6. Op 5 augustus 2014 heeft de geslachtsveranderende operatie plaatsgevonden.

4.7. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar slechts een derde van de kosten van de operatie vergoed. Na het bezwaar van erflaatster is de helft van de kosten vergoed. Verzoekers bestrijden de hoogte van de uiteindelijk verleende vergoeding. Op grond van gewekt vertrouwen dienen de kosten van de geslachtsveranderende operatie volledig te worden vergoed.

4.8. Erflaatster heeft voorafgaand aan de geslachtsveranderende operatie kostenoverzichten van de arts uit Thailand en het UMCG aan de ziektekostenverzekeraar - op diens verzoek - overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet vóór de operatie aangegeven het oneens te zijn met de prijsopgaaf van het UMCG, laat staan dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat moet worden gewerkt met de tarieven van het VUmc. Als de ziektekostenverzekeraar zich niet kon vinden in een en ander, had het op zijn weg gelegen erflaatster mede te delen dat zij van een onjuiste veronderstelling uitging en had hij dit op dat moment kunnen corrigeren door te verwijzen naar de tarieven van het VUmc. Sterker nog, het lag op de weg van de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de operatie onderzoek te doen naar de vergoeding hiervan en dit te communiceren naar erflaatster, gelet op het door haar ingediende verzoek om toestemming. Gezien het tijdspad, bestond hiervoor ruimschoots de gelegenheid.

4.9. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 17 september 2014 (ná de operatie) dat het UMCG twee zorgproducten berekent voor een operatieve ingreep en dat dit niet kan. Als dit laatste het geval is, had de ziektekostenverzekeraar dit ook in november/december 2013 al duidelijk kunnen maken aan erflaatster. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar in voormelde brief dat het passantentarief van het VUmc als marktconform tarief wordt gezien, aangezien geen ander tarief in Nederland beschikbaar is. Als dit het geval is, had ook dit vóór de operatie aan erflaatster kunnen worden medegedeeld. Door de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar mocht erflaatster ervan uitgaan dat overeenstemming bestond over de wijze van berekening van het te vergoeden bedrag. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in november 2013 aan erflaatster is medegedeeld dat zij rekening moest houden met een eigen bijdrage voor de geslachtsveranderende operatie in Thailand. Voor zover verzoekers bekend is, heeft de ziektekostenverzekeraar op 30 december 2013 aan erflaatster geschreven: "*De kosten van uw verblijf in een hotel en het vliegticket komen niet voor vergoeding in aanmerking.*" Indien de ziektekostenverzekeraar heeft gewezen op een (andere) eigen bijdrage dan het voormelde, ontvangen verzoekers daarvan graag het schriftelijke bewijs. Erflaatster heeft diverse malen per e-mail een bevestiging van de vergoeding aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd. Op 2 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan haar bericht: "*Er bestaat geen discussie over de samenstelling van de vergoeding*" en werd weer gesproken over het "*maximale Nederlandse tarief*".

4.10. Dat thans wordt gesproken over een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en een marktconform tarief is onbegrijpelijk. De ziektekostenverzekeraar was tijdig op de hoogte van de door erflaatster gekozen zorgaanbieder en de kosten van de door deze uit te voeren operatie, en heeft hiervoor een machtiging afgegeven.

4.11. De ziektekostenverzekeraar baseert zich ineens - en geheel ten onrechte - op een ander tarief, te weten dat van het VUmc. Alleen het UMCG kon in onderhavig geval echter informatie over het juiste Nederlandse tarief verstrekken. Het genderteam van het UMCG bepaalde immers de behandeling van erflaatster; de geslachtsveranderende operatie werd uitbesteed met een verwijzing van deze specialisten.

4.12. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat voor een geslachtsveranderende operatie het tarief geldt dat is gekoppeld aan zorgproductcode 59899063. Dit argument treft geen doel. Genoemde zorgproductcode is geen Nederlandse standaard. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft het UMCG geen passantentarief opgegeven. Dit is pertinent onjuist. Erflaatster heeft van het UMCG (genderteam en afdeling Facturatie) het document "UMCG Passantenprijzen 2014 DBC zorgproducten verzekerde zorg 01-01-2014" ontvangen. Dit document is overgelegd. Er bestaat geen reden aan dit document te twijfelen. De hierin vermelde tarieven vormden de basis voor de communicatie tussen erflaatster, de ziektekostenverzekeraar en het UMCG.

4.13. Tevens wordt door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het UMCG onjuiste prijsopgaves heeft verstrekt. Verzoekers voeren aan dat voor een geslachtsveranderende operatie geen vaste zorgproductcode geldt. Door het losse product (de operatie) en de afgegeven machtiging was een individuele situatie ontstaan. Erflaatster heeft geen machtiging aangevraagd voor een bepaald budget, maar specifiek voor de onderhavige operatie. Deze werd afgegeven. Afgesproken werd dat niet het UMCG de kosten van de operatie in rekening zou brengen, maar dat erflaatster de nota van de operatie bij de ziektekostenverzekeraar zou declareren.
Volgens de ziektekostenverzekeraar had erflaatster de operatie ook in Nederland kunnen laten uitvoeren. Verzoekers stellen dat dit niet het geval is. De door de arts in Thailand toegepaste operatietechniek is niet in Nederland beschikbaar. Ware erflaatster in Nederland geopereerd, dan had zij lichamelijk niet goed kunnen functioneren. Zodoende had erflaatster geen keuze. Zij had in deze dan ook de volledige medewerking van het UMCG.
Wèl is afgesproken dat de vergoeding achteraf zou worden vastgesteld, op basis van de factuurdatum. Erflaatster heeft in dit kader wederom het kostenoverzicht van het UMCG aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4.14. Verzoekers benadrukken dat erflaatster erg blij was met het bericht van de ziektekostenverzekeraar dat de kosten van de operatie zouden worden vergoed. De operatie was de laatste stap in het behandeltraject en deze kon door het 'groene licht' van de ziektekostenverzekeraar doorgang vinden. Als de ziektekostenverzekeraar geen machtiging had afgeven, had erflaatster geen geld kunnen lenen. Dat thans volledige vergoeding wordt geweigerd, heeft verstrekkende - financiële - gevolgen.

4.15. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Erflaatster had zowel in 2013 als in 2014 een restitutieverzekering. Dit betekent dat recht bestaat op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding bepalen de polisvoorwaarden dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag vergoedt dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Een en ander is in lijn met de Beleidsregel TH/BR-018 van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Deze beleidsregel bepaalt (onderstreping toegevoegd):

"*De zorgverzekeraar die prestaties in restitutievorm heeft verzekerd is jegens de verzekerde verplicht de kosten van die zorgprestaties te vergoeden. Dit betekent dat de zorgverzekeraar, rekening houdend met de vergoedingsbeperkingen uit de polis, de nota volledig moet vergoeden. Als er echter sprake is van een 'excessieve prijs' en de zorgverzekeraar kan dit aantonen, dan hoeft de zorgverzekeraar niet het excessieve deel van die prijs te vergoeden. Deze bepaling moet worden gezien als een uitzondering op zijn zorgplicht de kosten van de zorg volledig te vergoeden.*

Omdat het gaat om een uitzondering is het niet toegestaan dat de zorgverzekeraar een door hem zelf bepaald vast bedrag hanteert en alle kosten die dat bedrag te boven gaan niet vergoedt. De zorgverzekeraar mag alleen die kosten op de vergoeding van de nota in mindering brengen, voor zover die kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten."

Op grond van de artikelen 35, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), alsmede op grond van de Beleidsregel "Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg", heeft de NZa regels vastgesteld die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij het leveren van prestaties en het berekenen van tarieven van medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering, geriatrische revalidatiezorg en mondzorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden (NZa, Nadere Regel, NR/CU-260). Deze regels bepalen onder meer dat er in beginsel niet twee DBC-zorgproducten mogen worden gedeclareerd, wanneer het om één behandeling gaat. De regels bepalen:

"*Een parallel zorgtraject (met bijbehorende subtrajecten ZT11 en ZT21) bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geregistreerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is.*"

5.2. Zorgverzekeraars in Nederland stellen voor de zorg aan transgenders een totaalbudget vast. Dit budget geldt voor het hele traject, van de Real Life Fase tot de operatieve ingreep.
Erflaatster was onder behandeling van het genderteam van het UMCG. Na het doorlopen van de Real Life Fase heeft zij de wens geuit de geslachtsveranderende operatie te laten plaatsvinden in Thailand.
Medio november 2013 is aan erflaatster toestemming gegeven voor de behandeling in Thailand, met dien verstande dat door het genderteam akkoord werd gegeven voor de operatie. Destijds is aan erflaatster te kennen gegeven dat zij rekening diende te houden met een (hoge) eigen bijdrage in de kosten en dat de vergoeding van de geslachtsveranderende operatie pas achteraf was vast te stellen.
Erflaatster is op 5 augustus 2014 geopereerd in Thailand. Na terugkomst in Nederland heeft zij de kosten van de operatie bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt voorop dat de wijze van communicatie met erflaatster ongelukkig is verlopen, waardoor een misverstand is ontstaan over de vergoeding van de kosten van de uitgevoerde operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft voorafgaand aan de operatie geen zicht gehad op de communicatie tussen het UMCG en erflaatster, en de kosten die het UMCG in rekening brengt voor operaties bij genderdysforie. Ook is de ziektekostenverzekeraar pas achteraf, dat wil zeggen nádat de operatie in Thailand was uitgevoerd, op de hoogte gesteld van de prijsopgave van het UMCG van 19 september 2014. Omdat deze prijsinformatie niet bekend was, heeft de ziektekostenverzekeraar erflaatster niet, althans niet tijdig kunnen waarschuwen voor het feit dat het door het UMCG genoemde totaalbedrag op onjuiste parameters is gebaseerd en dat dit bedrag om die reden in de Nederlandse marktomstandigheden niet passend is te achten in het geval van een operatie bij genderdysforie. Dit terwijl de ziektekostenverzekeraar erflaatster wel reeds had gewaarschuwd dat zij een deel van de kosten zelf zou moeten betalen en dat slechts het Nederlandse tarief zou worden vergoed (e-mailberichten 30 december 2013 en 17 juni 2014).
Dat het door het UMCG genoemde totaalbedrag van € 14.002,36 op onjuiste parameters is gebaseerd blijkt uit het feit dat het UMCG dit bedrag baseert op twee DBC-zorgproductcodes (990004044 en 990004023) in plaats van één. Dit terwijl er voor een operatie bij genderdysforie in 2014 één aparte zorgproductcode bestond, te weten 59899063. Het is een zorgaanbieder, zoals het UMCG - gelet op de regelgeving van de NZa - niet toegestaan om twee zorgproductcodes te declareren voor één zorgtraject. Daarbij komt nog dat de nota van het UMCG niet deugt omdat de kosten voor een *grote* reconstructie bij/door een plastisch chirurg veel hoger zijn dan de kosten voor een *zeer grote* reconstructie bij/door een plastisch chirurg. Dit klopt niet.
Wat hier ook van zij, het lijkt erop dat het UMCG erflaatster een verkeerde voorstelling heeft gegeven over de vergoeding die in Nederland passend is, zodat erflaatster voorafgaand aan de

operatie van de onjuiste veronderstelling is uitgegaan dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de operatie in Thailand geheel zou vergoeden.

5.4. Nu duidelijk is dat de prijsopgave van het UMCG niet leidend kan zijn voor de vaststelling van het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten, resteert de vraag welk bedrag dan wèl passend is. Deze vraag wordt naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar als volgt beantwoord.

5.5. Naar aanleiding van de uitgevoerde operatie en het hierop volgend declareren van de Thaise zorgkosten heeft uitkering van een tweetal bedragen plaatsgevonden.
Onder declaratienummer 11894902 is in eerste instantie een vergoeding toegekend van € 4.614,73. Deze vergoeding was gebaseerd op zorgproductcode 990004044 (grote reconstructie bij/door een plastisch chirurg), terug te vinden op de Menzis ZorgZó Lijst maximale vergoeding niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg 2014. Deze zorgproductcode bleek later echter onjuist. De ziektekostenverzekeraar betreurt dit.
Naar aanleiding van een klacht van erflaatster en de verwijzing van erflaatster naar de prijsopgave van het UMCG, heeft de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat zowel het UMCG als de ziektekostenverzekeraar zijn uitgegaan van onjuiste zorgproductcodes, omdat sinds 2014 een aparte zorgproductcode bestaat voor operaties bij genderdysforie (59899063). Omdat er geen vastgesteld tarief was gekoppeld aan deze zorgproductcode, is geïnventariseerd welke instellingen in Nederland een operatie als de onderhavige uitvoeren. Dat zijn het UMCG en het VUmc. Omdat de prijsopgave van het UMCG ten onrechte is gebaseerd op twee zorgproductcodes, is ter vaststelling van het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten aansluiting gezocht bij het passantentarief van het VUmc. Dit tarief bedraagt € 7.499,99. Omdat reeds € 4.614,73 was uitbetaald aan erflaatster, is een aanvullende vergoeding van € 2.855,26 aan haar overgemaakt.
Tegen deze achtergrond is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat het bedrag dat is vergoed aan erflaatster passend, zo niet 'meer dan passend' in de Nederlandse marktomstandigheden is.

5.6. Zowel telefonisch als schriftelijk is nimmer aan erflaatster medegedeeld dat alle kosten van de geslachtsveranderende operatie in Thailand en de bijkomende reis- en verblijfkosten volledig voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het teleurstellend is dat geen volledige vergoeding wordt verleend. Echter, het is een eigen overweging van erflaatster geweest om de operatie in Thailand te laten plaatsvinden, daar waar deze ingreep ook in Nederland beschikbaar is.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld op de pagina's 6 tot en met 43 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg omschreven. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"(...)
Welke zorg
U heeft recht op vergoeding van kosten van:
- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- *laboratoriumonderzoek,*
- *mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.*

Let op
Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:
(...)
- Plastische chirurgie
(...)

Welke zorgaanbieder
U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.
(...)

Verwijzing en toestemming
U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. (...)"

8.4. Op pagina 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard omschreven. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"*(...)*
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.
(...)

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 als daaraan een medisch specialist verbonden is.

Verwijzing en toestemming

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). U heeft ook voorafgaande toestemming van Menzis nodig."

8.5. Op pagina 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland omschreven. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"*(...)*
Welke zorg
U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. (...) 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 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. (...)"

8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens de bepalingen op pagina 6 en 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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, waaronder behandeling van plastisch-chirurgische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Ingevolge de voorwaarden van de zorgverzekering is voor intramurale zorg in het buitenland voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist. Erflaatster heeft op 9 april 2013 verzocht om toestemming voor een geslachtsveranderende operatie, uit te voeren in Thailand. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek bij brief van 18 april 2013 afgewezen op de gronden dat (i) de aangevraagde behandeling geen gebruikelijke zorg is, (ii) niet is gebleken van een geldige verwijzing, en (iii) de informatie over het doorlopen van de Real Life Fase ontbreekt. Na deze afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar heeft communicatie plaatsgevonden tussen erflaatster, de ziektekostenverzekeraar en het UMCG.
Uit de door partijen overgelegde stukken is op te maken dat in dat kader door de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster is medegedeeld dat voor de geslachtsveranderende operatie in Thailand maximaal het Nederlandse tarief wordt vergoed, en dat de vergoeding achteraf wordt vastgesteld. Hiermee staat naar het oordeel van de commissie vast dat de vereiste toestemming alsnog is verkregen, zodat enkel nog de vraag naar de hoogte van de vergoeding ter beantwoording voorligt.

9.2. De geslachtsveranderende operatie heeft op 5 augustus 2014 in Thailand plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor - uiteindelijk - een vergoeding verleend ten bedrage van € 7.499,99. Verzoekers maken aanspraak op volledige vergoeding.
De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding voor de kosten van de geslachtsveranderende operatie in Thailand gebaseerd op DBC-zorgproductcode 59899063. Dit is een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Blijkens de Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders (2014) van de ziektekostenverzekeraar is voor voornoemde DBC-zorgproductcode geen tarief (maximale vergoeding) vastgesteld. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar geïnventariseerd welke instellingen in Nederland geslachtsveranderende operaties uitvoeren. Dit zijn het UMCG en het VUmc. Aangezien de prijsopgave van het UMCG volgens de ziektekostenverzekeraar onjuist is, is aansluiting gezocht bij het passantentarief van het VUmc voor DBC-zorgproductcode 59899063. Dit is een bedrag van € 7.499,99, hetwelk aan erflaatster is vergoed als zijnde het in de Nederlandse marktomstandigheden passende tarief voor een geslachtsveranderende operatie.

9.3. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 2 juni 2015 uiteengezet dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC heeft gekozen om de hoogte van de vergoeding te bepalen. De commissie sluit zich hierbij aan en concludeert dat DBC-zorgproductcode 59899063 in beginsel als de juiste code voor een geslachtsveranderende operatie heeft te gelden. Dit betekent evenwel niet dat in het onderhavige geval het tarief voor de geslachtsveranderende operatie op € 7.499,99 dient te worden gesteld.

9.4. De commissie merkt in dit verband in de eerste plaats op dat erflaatster onder behandeling was bij het UMCG, en niet bij het VUmc. Dat door het UMCG een onjuist tarief is opgegeven is onvoldoende reden om het passantentarief van het VUmc als uitgangspunt voor de vergoeding te nemen. Dit klemt te meer nu de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 23 oktober 2014 stelt: "*Zoals medegedeeld in onze brief van 14 oktober 2014 is er geen apart tarief vastgesteld voor de operatieve ingreep bij transgenders. De zorgverzekeraars in Nederland stellen voor de zorg aan transgenders een totaalbudget vast voor het gehele traject, van real-life test tot aan de operatieve ingreep (...)*". Dit leidt tot de conclusie dat voor de behandeling van erflaatster een all-in tarief is afgesproken tussen het UMCG en de ziektekostenverzekeraar.

9.5. Erflaatster heeft van het UMCG een prijsopgave voor de geslachtsveranderende operatie ontvangen. Hierop zijn twee DBC-zorgproducten vermeld, te weten:
- 990004044 (declaratiecode 15D197), *"Grote reconstructie bij/door een plastisch chirurg"*, € 9.537,35;
- 990004023 (declaratiecode 15D177), *"Zeer grote reconstructie bij/door een plastisch chirurg"*, € 4.465,01.
Het totaalbedrag voor de geslachtsveranderende operatie zou hiermee € 14.002,36 bedragen.

9.6. Of de onder 9.5 genoemde tarieven correct zijn en in combinatie mogen worden gedeclareerd kan in het midden blijven. Kennelijk hanteert het UMCG voor de eigen berekening - en mogelijk ook in relatie tot de ziektekostenverzekeraar ter onderbouwing van het all-in tarief - een bedrag van € 14.002,36 voor de geslachtsveranderende operatie. Door verzoekers is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken, dat erflaatster de nota van de operatie in Thailand bij de ziektekostenverzekeraar diende te declareren.

9.7. Gelet op het voorgaande, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de kosten van de door erflaatster in Thailand ondergane ingreep te vergoeden, waarbij het bedrag van € 14.002,36 als maximum heeft te gelden. Voor zover hierdoor de kosten van het gehele behandeltraject bij het UMCG eerdergenoemd all-in tarief overschrijden, is dit een zaak van overleg tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar. Dit regardeert verzoekers niet.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen op basis van de zorgverzekering, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen verdere bespreking.

Conclusie

9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekers te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 15 juli 2015,

A.I.M. van Mierlo