

Facial feminization surgery: een oneerlijke strijd voor trans vrouwen tegen de zorgverzekeraar

In dit artikel lichten we het belang van het vervrouwelijken van het gelaat van transgender vrouwen ter behandeling van genderdysforie toe, om vervolgens te beargumenteren waarom het huidige bekostigingsmodel voor deze behandeling achterhaald is.

Genderincongruentie is de mismatch tussen beleefde genderidentiteit en het biologische geslacht; genderdysforie is het lijden voortkomend uit die mismatch (WHO, 2018). In Nederland is transgenderzorg zo'n vijftig jaar geleden in Amsterdam geïnitieerd, waarbij chirurgie een belangrijke rol speelt. Traditioneel was er altijd veel aandacht voor ingrepen aan het geslacht en de borstkas, maar de afgelopen jaren is de optie van het chirurgisch veranderen van het gelaat een steeds prominentere rol gaan spelen (Wylie et al., 2014; Dubov & Fraenkel, 2018). Aangezichtschirurgie ter vervrouwelijking van het gelaat (*facial feminization surgery*, FFS) kan betrekking hebben op kaak, kin, oogleden, wenkbrauwen, voorhoofd en/of neus.

De vergoeding van FFS vanuit de zorgverzekering is (inter)nationaal een discussiepunt. Zorginstellingen en zorgverzekeraars hebben de taak om onderscheid te maken tussen cosmetische en medisch-noodzakelijke behandelingen, om zo de kosten van gezondheidsvoorzieningen in de hand te houden. In 2018 beargumenteerden Alex Dubov en Liana Fraenkel in *the American Journal of Bioethics* waarom FFS een medisch-noodzakelijke interventie is die cruciaal is voor psychisch en sociaal welbevinden van trans personen (Dubov & Fraenkel, 2018). Beleidsbeslissingen over behandelingen die niet vergoed worden, kunnen grote impact hebben op het welbevinden van bepaalde groepen mensen en kunnen als onrechtvaardig gezien worden "if they create, compound, or perpetuate harm or disadvantage with respect to the well-being of specific groups of people" (Dubov & Fraenkel, 2018). Volgens de auteurs heeft het niet-vergoeden van FFS niet te verantwoorden nadelige effecten op het welzijn van trans personen (bijvoorbeeld door structurele barrières in werk en zorg en daaraan gerelateerd een verhoogd risico op discriminatie en suicide (Haas et al., 2010; Liu

et al., 2012; Hugtto et al., 2015; Wilson et al., 2015)). Zij beargumenteren dat deze aanzienlijke negatieve impact meegenomen zou moeten worden bij beslissingen over vergoeding van FFS.

Ook in Nederland is het ontbreken van bepaalde vergoedingen voor het aanpassen van secundaire geslachtskenmerken als knelpunt op het terrein van de zorg benoemd (Keuzenkamp, 2012). Recent eiste een trans vrouw via de rechter vergoeding voor aangezichtschirurgie, nadat deze eerder door haar zorgverzekeraar was afgewezen (Rechtbank Gelderland, 2020).

Huidige basis voor vergoeding aangezichtschirurgie

Het College voor Zorgverzekeringen bracht in 2007 en 2010 een advies uit over "zorg aan transseksuelen", waarin men inging op vergoeding van chirurgische interventies (CVZ, 2007; CVZ, 2010). Geneeskundige zorg van plastisch-chirurgische aard wordt vergoed indien behandeling bedoeld is ter 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;
- (.....)
- 5°. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit." (CVZ, 2007; CVZ, 2010)

Alleen primaire uiterlijke geslachtskenmerken – penis of vagina – vallen onder deze vijfde grond. Bij secundaire uiterlijke geslachtskenmerken, zoals in het gelaat, moet voldaan zijn aan criterium 1 (functiestoornissen) of 2 (verminking). Met dit verschil wordt bewerkstelligd dat voor cis en trans personen in beginsel dezelfde eisen gelden als het gaat om correctie van het uiterlijk. In geval van aangezichtschirurgie bij trans personen toetst men aan het criterium 'verminking':

"Bij de toetsing van ingrepen bij transseksuelen aan het criterium verminking komt het erop neer dat bekeken zal moeten worden of het uiterlijk van de transseksueel na de geslachtsveranderende operatie zo extreem mannelijk respectievelijk vrouwelijk is dat dit bij vrouwen respectievelijk mannen in het algemeen niet voorkomt en in het dagelijks leven zo opvallend is dat er bij derden een schrikeffect ontstaat." (CVZ, 2007; CVZ, 2010)

Het CVZ adviseerde dat trans personen recht hebben op vergoeding van aangezichtschirurgie vanuit de basisverzekering wanneer er vooraf een machtiging voor deze zorg is. Bij het krijgen van die machtiging wordt getoetst of sprake is van een zogenaamd passabiliteitsprobleem, wat inhoudt dat een trans vrouw “niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren” (CVZ, 2010). Men trekt hier de analogie met reacties van voorbijgangers op brandwonden in het gelaat (aangemerkt als verminking en vallend onder dekking van de basisverzekering).

Vaststellen passabiliteitsprobleem

Over het objectiveren van passabiliteit is discussie. Het criterium ‘passabiliteit’ zelf wordt echter niet geproblematiseerd door het Zorginstituut.

Het CVZ adviseerde zorgverzekeraars destijds (2007) om voor het beoordelen van een aanvraag gebruik te maken van een scorelijst, waarmee semi-kwantitatief kan worden vastgesteld of een persoon een mannelijke of een vrouwelijke uitstraling heeft. Dit in combinatie met het oordeel van een genderteam en chirurg dat aangezichtschirurgie geïndiceerd is, én tot passabiliteitsverbetering zal leiden.

In 2021 ontving het Zorginstituut signalen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze scorelijst niet langer gebruiken, omdat deze in de praktijk niet goed toepasbaar is (Zorginstituut Nederland, 2021). Terwijl verschillende partijen werken aan aanpassing van het beoordelingskader, adviseert het Zorginstituut dat in de tussentijd de motivering door de behandelaar in de aanvraag, ondersteund met beeldmateriaal, als uitgangspunt moet worden genomen voor het vaststellen van een passabiliteitsprobleem. Op het gebruik van foto's om passabiliteit beoordeelbaar te maken door derden is kritiek, omdat het bij passabiliteit juist om het geheel van beweging, gelaatstrekken, stem en kleding gaat en een fotobeoordeling daarvan niet toestaat. Bovendien wordt het gebruik van foto's of een kenmerkenlijst door trans personen vaak als uitermate vernederend ervaren.

Naar een andere basis voor vergoeding

De huidige (aanvullende) criteria voor geneeskundige zorg van plastisch-chirurgische aard doen onvoldoende recht aan trans vrouwen die FFS willen ondergaan. Er is onvoldoende aandacht voor het geestelijk welzijn van trans vrouwen en het belang van secundaire geslachtskenmerken voor trans personen wordt onderschat. Het vijfde criterium (‘uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit’) zou dan ook niet alleen

voor primaire, maar ook voor secundaire uiterlijke geslachtskenmerken moeten gelden.

Daarnaast moeten we af van het passabiliteitsprobleem als basis van vergoeding.¹ Bij diagnose- en indicatiestelling voor behandeling van genderdysforie is het lijden van de persoon zelf ten gevolge van een lichaam dat niet past bij diens genderidentiteit van centraal belang. Bij aangezichtschirurgie blijkt een ander criterium te gelden: de omgeving van de trans persoon. Passabiliteit geeft schijnobjectiviteit; in de praktijk creëert het willekeur en bedreigt daarmee het rechtsgelijkheidsbeginsel dat ten grondslag ligt aan ons zorgverzekeringsstelsel. Het gaat uit van een sterke binaire norm en schrijft voor hoe iemand zich vrouw of man zou moeten voelen. Vergoeding vanwege niet sociaal slagen om als het gewenste geslacht herkend te worden, gaat zijn doel voorbij op het moment dat het lijden van de persoon niet verholpen wordt. Voor veel trans vrouwen zal gelden dat een verhoogde passabiliteit door de behandeling genderdysforie vermindert, maar belangrijker blijft dat trans vrouwen zichzelf als vrouw herkennen. Centraal in de keuze om FFS voor trans personen wel of niet te vergoeden moet staan of het lijden, voortkomend uit de genderdysforie, verminderd kan worden met behulp van chirurgische behandeling.

Daan Rademakers, student geneeskunde, afdeling

Plastische Chirurgie, Radboudumc

Sjoerd van der Velden, student geneeskunde, afdeling

Plastische Chirurgie, Radboudumc

Lisa van Ginneken, lid Tweede Kamer D66

Dr. Anke Oerlemans, medisch ethicus, vakgroep Ethiek van de Gezondheidszorg, Radboudumc

Dr. Tim Nijhuis, plastisch chirurg, afdeling Plastische Chirurgie, Radboudumc

Noot

¹ Zorgverzekeraars vrezen hierbij vermoedelijk het risico van onbegrensde en ondoelmatige behandelingen. Dat risico kan teruggebracht worden door verrichtingsprestaties van behandelaars interpersoonlijk te gaan vergelijken. Daarmee hebben verzekeraars een manier om op kosteneffectiviteit te sturen.

Literatuur

CVZ. CVZ-toetsingskader over zorg aan transgender personen, 2007. <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/standpunten/2007/03/27/zorg-voor-trans-gender-personen-valt-volgens-cvz-toetsingskader-groten-deels-onder-de-basisverzekering/Het+CVZ-toetsingskader+geeft+aan+dat+de+specifieke+zorg+aan+transseksuelen+grotendeels+een+te+verzekeren+prestatie+is.pdf>, geraadpleegd 1-4-2022.

CVZ. Zorg aan transgender personen behoort grotendeels tot het terrein van de Zvw en deels tot het terrein van de Wlz en de Wmo, 2010. <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/standpunten/2010/03/22/zorg-aan->

transgender-personen-behoort-grotendeels-tot-het-terrein-van-de-zvw-en-deels-tot-het-terrein-van-de-wlz-en-de-wmo/Zorg+aan+transseksuelen+behoort+grotendeels+tot+het+terrein+van+de+Zvw+en+ deels+tot+het+terrein+van+de+AWBZ+en+de+Wmo.pdf, geraadpleegd 1-4-2022.

Dubov A & Fraenkel L. Facial feminization surgery: The ethics of gatekeeping in transgender health. *Am J Bioeth* 2018; 18(12): 3-9.

Haas AP et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality* 2010; 58(1): 10-51.

Hughto JMW et al. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine* 2015; 147: 222-231.

Keuzenkamp S. *Worden wie je bent: het leven van transgenders in Nederland*. Den Haag: SCP, 2012.

Liu RT & Mustanski B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Am J Prev Med* 2012; 42(3): 221-228.

Rechtbank Gelderland. "ECLI:NL:RBGEL:2020:4279", 2020. <https://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RBGEL:2020:4279>, geraadpleegd 1-4-2022.

Wilson EC et al. Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health* 2015; 92(1): 182-192.

WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, geraadpleegd 1-4-2022.

Wylie KJ et al. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy* 2014; 29(2): 154-214.

Zorginstituut Nederland. *Advies in Zvw-geschil transgender-zorg vergoeding aangezichtscorrectie*, 2021. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2021/06/22/advies-transgenderzorg-verstrekking-aangezichtscorrectie>, geraadpleegd 1-4-2022.



Van Os J & Van Spronsen M: *We zijn God niet. Een pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Amsterdam: Uitgeverij Lannoo Campus Nederland, 2021. 203 blz. EAN: 9789401481007. Prijs: € 29,99.

Dat velen 'cocreatie' hoog op hun 'jeukwoordenlijst' hebben staan, heeft Myrre van Spronsen (neurowetenschapper, kunstenaar en ervaringsdeskundige) en Jim van Os (hoogleraar psychiatrie) er niet van weerhouden het centraal te stellen in *We zijn God niet* (2021). Zij pleiten voor 'een psychiatrie van cocreatie' waarin zorgvragers en zorgverleners meer samenwerken en meer samen 'maken'. Kennis en ervaring van patiënten en hulpverleners moeten daarbij op gelijke voet komen te staan. Nu prevaleert volgens hen

onterecht het 'onbewezen kennisvoorschot' van de hulpverlener, terwijl psychiatrische kennis lang niet zo solide is als gehoopt en ervaringen van zorgvragers juist veel waardevoller zijn dan gedacht. In vier overzichtelijke delen wordt uitgewerkt waarom 'cocreatie' nodig is en hoe het van de grond kan komen; krachtig is dat het niet blijft bij mooi geformuleerde idealen, maar dat ook concrete stappen worden beschreven. Hoofdstukken worden afgewisseld met korte reflecties van o.a. Anne Marsman, Floortje Scheepers en Dick Swaab. Zij bieden intrigerende openingen om stil te

staan bij (zorg)ethische vragen en (conflicterende) waarden die bij 'samen maken en werken' kunnen spelen. Als ervaringsdeskundige Martijn Koole oppert dat dwangmaatregelen veelal voortkomen uit onzekerheid van hulpverleners en dat 'cocreatie' zal leiden tot meer 'eigen regie', dan raakt dat bijvoorbeeld aan bekende morele discussies en ervaringen rond dwang en drang in de psychiatrie en de precare balans tussen autonomie en bescherming die dan aan de orde kan zijn. Voor bespreking van zulke kwesties is niet veel ruimte genomen, ook niet in de paragraaf 'waarden en werkwijzen'. Zeggen wat

er aan 'cocreatie' ook (ethisch) ingewikkeld kan zijn, hoeft een gloedvol betoog en kansrijke praktijk echter niet in de weg te staan. Integendeel; we zijn gelukkig God niet. 'De ethiek van cocreatie' zou een mooi aanvullend hoofdstuk kunnen zijn wanneer het boek zijn volgende drukken beleeft.

Dr. Anne-Fleur van der Meer is letterkundige en als onderzoeker en docent filosofie en ethiek van de gezondheidszorg verbonden aan de vakgroep Ethiek van de gezondheidszorg van de afdeling IQ healthcare, Radboudumc Nijmegen.