



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Groningen  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie-extirpatie  
Zaaknummer : 201500782  
Zittingsdatum : 2 maart 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Anderzorg N.V. te Groningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een gynaecomastie-extirpatie (verder: de aanspraak). Bij brief van 30 oktober 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft de aangevraagde ingreep voor eigen rekening laten uitvoeren op 27 mei 2014.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 augustus 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.5. Bij brief van 4 november 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

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

3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2016 aan verzoeker gezonden.

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 januari 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 1 februari 2016 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

3.9. Bij brief van 7 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 februari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016003602) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis en vermindering. Het Zorginstituut heeft dit als volgt onderbouwd: *"Uit het dossier komt niet duidelijk naar voren dat verzoeker last heeft van pijnklachten die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. De bijgeleverde foto's (niet duidelijk gedateerd - wel duidelijk pre-operatief) laten een mogelijke feminisatie van de borst zien, welke zou kunnen passen bij een Tannerstadium M4 of meer. Onduidelijk is op [basis van] welke foto's de verweerder de eerdere beslissing heeft genomen."*

Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 februari 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 9 februari 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

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

4.1. Gedurende de puberteit heeft verzoeker last gekregen van borstvorming. Hij kreeg hierin toenemende mate een probleem mee. Op negentienjarige leeftijd heeft verzoeker dit besproken met de huisarts, die hem heeft doorverwezen naar een plastisch chirurg. Deze plastisch chirurg heeft in 2012 ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor een gynaecomastie-extirpatie. Per abuis is op het aanvraagformulier ingevuld dat geen sprake was van een duidelijke feminisatie van de borst. Deze aanvraag is door de zorgverzekeraar afgewezen.

4.2. De borstvorming vormde voor verzoeker een dermate groot probleem, dat hij overwoog de operatie voor eigen rekening te laten uitvoeren. In dat kader heeft hij zich in 2013 tot een andere plastisch chirurg gewend. Deze adviseerde hem eerst een echo te laten maken om de oorzaak van de borstvorming vast te stellen. Uit de op 4 september 2013 gemaakte echo bleek dat de borstvorming werd veroorzaakt door overtollig klierweefsel. Daarom heeft de behandelend plastisch chirurg op 24 oktober 2013 ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor een gynaecomastie-extirpatie. Ook deze aanvraag is afgewezen door de zorgverzekeraar.

4.3. Begin 2014 heeft verzoeker besloten de operatie niet langer uit te stellen. De ingreep heeft op 27 mei 2014 plaatsgevonden. De kosten hiervan bedragen € 2.750,--.

4.4. Gezien de duidelijk vrouwelijke borstvorming (Tannerstadium M4 of meer) en het aantoonbaar overtollige klierweefsel, is in overleg met de behandelend plastisch chirurg besloten om ná de operatie nogmaals een aanvraag in te dienen voor vergoeding van de operatie. In het begeleidend schrijven heeft de behandelend plastisch chirurg verklaard dat hij zeer verbaasd was dat er geen vergoeding werd verleend. Bij de aanvraag is alle beschikbare informatie overgelegd, zoals foto's van vóór de operatie en de uitkomst van de echo. Ook deze aanvraag is door de zorgverzekeraar afgewezen.

4.5. De behandelend plastisch chirurg heeft bij brief van 3 juni 2014 - gericht aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar - zijn verbazing over de afwijzing van de onderhavige ingreep kenbaar gemaakt. De behandelend plastisch chirurg verklaart: *"Uit bijgaande uitslag van een vooraf verrichte echografie, als ook op grond van de uitslag van het PA onderzoek dat wij van het verwijderde weefsel hebben laten uitvoeren, kunt u opmaken dat het hier - gelet op het aanwezige mamma-klierweefsel een evidente gynaecomastie betrof, die in ruime mate afwijkt van de maatschappelijk geaccepteerde norm en als aangeboren afwijking kan worden betiteld bij een man van 21 jaar oud zonder overgewicht."* Hierbij merkt de behandelend plastisch chirurg op dat zijn

honorarium geen motivatie is voor het verzoek, aangezien hij voor een zelf betaalde operatie meer honorarium ontvangt dan voor een operatie die wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Bij brief van 20 augustus 2015 heeft de behandelend plastisch chirurg nogmaals een uitgebreide verklaring gegeven. Hierin heeft hij gesteld: *"Preoperatief verricht echografisch onderzoek (bijlage 1) spreekt van een forse gynaecomastie met vrij ruime hoeveelheid fibroglandulair weefsel beiderzijds. Een vrij ruime hoeveelheid mammaklierweefsel dus.*

*Postoperatief uitgevoerd PA onderzoek bevestigde deze bevindingen (bijlage 2a en 2b).*

*De preoperatief gemaakt foto (bijlage 3) toont u een evidente gynaecomastie, waarbij in mijn opinie gesproken kan worden van een Tanner stadium M4-5. Men ziet immers een vrijwel volledig ontwikkelde borst met een sterk gepigmenteerde areola die zich op het niveau van de borst bevindt.*

*Bij een vrouw zou men hier spreken van een kleine B-cup.*

*Op grond van bovenstaande bevindingen heb ik aldus vastgesteld dat het hier een evidente gynaecomastie betreft. Een correctie hiervan is dan ook op terechte gronden uitgevoerd."*

- 4.6. Verzoeker heeft bij brief van 9 februari 2016 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Volgens verzoeker is het duidelijk dat de eerste foto's op 13 juli 2012 zijn gemaakt door de arts. Deze foto's zijn op 23 juli 2012 per fax aan de zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar beschikte derhalve reeds bij de eerste aanvraag over de foto's. Het Zorginstituut stelt dat de foto's een mogelijke feminisatie van de borst laten zien, die zou kunnen passen bij Tannerstadium M4 of meer. Desondanks oordeelt het Zorginstituut dat geen aanspraak bestaat op vergoeding, omdat niet zou zijn voldaan aan de voorwaarden. Dit oordeel is in tegenspraak met de gelijktijdige vaststelling dat op basis van de foto's mogelijk sprake was van een borstontwikkeling van Tannerstadium M4 of meer.

- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Er bestaat op grond van de zorgverzekering aanspraak op een mastectomie ter correctie van een gynaecomastie indien sprake is van aangetoond klierweefsel, waarbij er geen onderliggende oorzaak is of waarbij deze reeds is behandeld en indien deze gynaecomastie langer bestaat dan twaalf maanden. Hierbij dient sprake te zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, of verminking. In de onderhavige situatie kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis indien ernstige pijnklachten bestaan die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Van verminking kan worden gesproken indien in geval van een duidelijk vrouwelijke ontwikkeling van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Tannerstadia zijn de stadia die de lichamelijke ontwikkeling beschrijven van kinderen, adolescenten en volwassenen. Bij Tannerstadium M4 is sprake van meer vet in de borst, waardoor de tepel (de areola) een tweede verhoging op de borst wordt.

- 5.2. De zorgverzekeraar heeft de respectieve aanvragen afgewezen, omdat verzoeker niet voldoet aan de onder 5.1 genoemde voorwaarden. In de tweede aanvraag was vermeld dat bij verzoeker geen ernstige pijnklachten bestonden die gerelateerd waren aan het aangetoonde klierweefsel, en dat evenmin sprake was van een duidelijke feminisatie van de borst volgens Tannerstadium M4 of meer. Gezien deze verklaring van de behandelend plastisch chirurg is verzoeker niet opgeroepen op het spreekuur van de medisch adviseur. De behandelend plastisch chirurg heeft op 3 juni 2014 nog een aanvullende brief gestuurd, maar toen was de operatie al uitgevoerd, waardoor oproepen op het spreekuur niet meer zinvol was. De behandelend plastisch chirurg heeft in laatst genoemde brief verklaard dat bij verzoeker sprake zou zijn van Tannerstadium M4-M5. De medisch adviseur deelt deze mening echter niet. Aan de hand van de overgelegde foto's heeft de medisch adviseur indertijd geconcludeerd dat bij verzoeker sprake is van Tannerstadium M3. Hij merkt hierbij het volgende op: *"Het beeld wat wordt gezien is een beeld wat je vaker ziet bij een forse gewichtsreductie. Bij een Tanner 4 is sprake van een typische vrouwelijke borst met meer vet in de borst waardoor de areola een tweede verhoging op de borst wordt. Daar is hier evident geen sprake van."*

5.3. Ten aanzien van het door verzoeker gestelde, dat de plastisch chirurg per abuis op de aanvraag uit 2013 had vermeld dat geen sprake was van een duidelijke feminisatie van de borst volgens Tanner stadium M4 of meer, merkt de zorgverzekeraar het volgende op. De antwoorden op het aanvraagformulier worden niet van te voren ingevuld. De arts heeft hier dus een bewuste keuze moeten maken.

5.4. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de reeds uitgevoerde gynaecomastie-extirpatie alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de pagina's 7 tot en met 47 van de zorgverzekering.

8.3. De aanspraak op plastische chirurgie is opgenomen op de pagina's 33 en 34 van de zorgverzekering. Hierin is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op deze zorg en de betreffende passage 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 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,*
- (...)”*

8.4. De aanspraak zoals opgenomen op de pagina's 33 en 34 van de zorgverzekering is, zoals vermeld op pagina 4 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

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 zorgverzekeraar 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

9.1. Ingevolge het bepaalde op de pagina's 33 en 34 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard indien een (verzekerings)indicatie aanwezig is in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel vermindering als gevolg van een ziekte, aandoening of geneeskundige verrichting.

9.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in dit kader sprake bij ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Verzoeker heeft niet aangevoerd dat door hem pijnklachten werden ervaren. Ook anderszins is niet gebleken dat bij hem vóór de ingreep sprake was van ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel. Daarom kan niet worden geconcludeerd dat bij verzoeker sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

9.3. Van vermindering is in dit kader sprake bij een gynaecomastie met een duidelijke feminisatie van de borst, die vergelijkbaar is met Tannerstadium M4 of meer. De plastisch chirurg die de eerste aanvraag heeft ingediend, heeft op het aanvraagformulier vermeld dat zijns inziens sprake was van een medische indicatie voor de onderhavige ingreep, zonder hierbij te vermelden wat volgens hem het Tannerstadium was. De behandelend plastisch chirurg heeft op het aanvraagformulier machtiging de vraag of sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst volgens Tannerstadium M4 of meer met "nee" beantwoord. Verzoeker heeft aangevoerd dat dit een foutje is geweest. Dit wordt onderschreven door de brief van de behandelend plastisch chirurg van 20 augustus 2015 waarin gemotiveerd wordt verklaard dat bij verzoeker vóór de operatie sprake was van Tannerstadium M4-M5. De medisch adviseur heeft - zonder nadere motivering - verklaard dat destijds geen sprake was van Tannerstadium M4 of meer. Verzoeker heeft foto's van vóór de ingreep overgelegd. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 2 februari 2016 verklaard dat de in het dossier aanwezige foto's een mogelijke feminisatie laten zien, die zou kunnen passen bij een Tannerstadium M4 of meer. De commissie neemt deze vaststelling van het Zorginstituut over. Uit de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de VAGZ blijkt dat sprake is van vermindering indien "een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer" bestaat. Aangezien de conclusie van het Zorginstituut in voornoemd advies - dat bij verzoeker geen sprake is van vermindering - niet concludent is met de door hem genoemde overwegingen en voornoemde werkwijzer, neemt de commissie deze conclusie niet over.

Aan de hand van de in het dossier aanwezige foto's en het advies van het Zorginstituut is naar het oordeel van de commissie aannemelijk gemaakt dat bij verzoeker vóór de ingreep sprake was van - ten minste - Tannerstadium M4. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de aanvraag voor de gynaecomastie-extirpatie ten onrechte is afgewezen. De zorgverzekeraar dient daarom de kosten van de operatie alsnog - conform de polisvoorwaarden - aan verzoeker te vergoeden.

### **Conclusie**

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

9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



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



Zeist, 2 maart 2016,



A.I.M. van Mierlo

