

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie
Zaaknummer : 2010.01965
Zittingsdatum : 16 februari 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter),
mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongerenpolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een mastectomie (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 14 mei 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Op 10 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanspraak, naar aanleiding van een vernieuwd verzoek van verzoeker, nogmaals afgewezen.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 18 oktober 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 december 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 januari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 december 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2010144989) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 januari 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 februari 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 februari 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 februari de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker vastgesteld dat deze al jaren bekend [is] met gynaecomastie, rechts meer dan links. De zwelling is op zich niet toegenomen doch de rechter mamma is wel fors pijnlijker geworden, waarvan patiënt forse hinder ondervindt”.
- 4.2. Op 1 juni 2010 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat de behandeling niet cosmetisch van aard is en dat zijn aanvraag op verkeerde gronden is afgewezen. Hij voegt hier aan toe dat vooraf een machtiging is aangevraagd. Verder verklaart hij door de ingreep van de pijnklachten te zijn verlost. Verzoeker maakt tevens aanspraak op vergoeding van de buitengerechtelijke kosten, alsmede op betaling van de wettelijke rente vanaf 5 juni 2010 tot en met de dag der algehele voldoening.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij met pijnklachten in de borst naar de huisarts is gegaan en is doorverwezen naar een specialist in het ziekenhuis. Er bleek sprake van een ontstoken klier in de borst en een operatie bleek de

enige mogelijkheid om de pijnklachten te verhelpen. Verzoeker benadrukt dat het niet gaat om een cosmetische operatie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, onder verwijzing naar artikel 20, leden 4 en 5 van de zorgverzekering, dat sprake moet zijn van een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking of van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Een verminking is een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis betekent: lichamelijke klachten waarbij door onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren afwijking. De aangevraagde behandeling voldoet niet aan de voorwaarden en wordt daarom niet vergoed. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat in de verzekeringsvoorwaarden staat dat voor een behandeling van plastisch chirurgische aard vooraf toestemming moet worden gevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Dit is niet gebeurd.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er sprake is van een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Om die reden dient te worden getoetst aan de voorwaarden met betrekking tot plastische chirurgie. Er is geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, aangezien de pijnklachten bij verzoeker niet objectiveerbaar zijn. Ook is geen sprake van verminking. Een en ander wordt gesteund door het CVZ-advies. De ziektekostenverzekeraar stelt dat er geen verzekeringsindicatie is voor de behandeling.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is vergoeding te verlenen van de kosten, verbonden aan de verwijdering van borstklierweefsel in verband met gynaecomastie, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde

teerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 t/m 43 van de zorgverzekering.

Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat, en luidt voor zover hier van belang, als volgt:

“20.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. *afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. *verminderingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);*

(...)

20.4.2. Voorwaarden

(...)

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen (...).”

- 8.3. Artikel 20.4 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of bij verzoeker sprake is van een indicatie in de vorm van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 9.2. Vorming van klierweefsel vormt op zich geen indicatie voor operatief ingrijpen. Voor de noodzaak van profylactische verwijdering van borstklierweefsel bij een man bestaat onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing. De aanwezigheid van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is bij verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Van een dergelijke functiestoornis kan eerst worden gesproken in geval van vrij ernstige lichamelijke klachten, die worden veroorzaakt door het te opereren lichaamsdeel. De pijnklachten – zoals in dit ge-

val door verzoeker aangevoerd – dienen daartoe van dien aard te zijn dat deze een duidelijke impact hebben op het normale dagelijks functioneren. De pijnklachten treden op bij aanraking van de borst en bij het schuren van kleding over de borst en zijn niet van dien aard dat ze aangemerkt kunnen worden als aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in artikel 20.4.1 van de zorgverzekering.

- 9.3. Van verminking in de zin van eerder genoemd artikel is sprake in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijks verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Bij gynaecomastie kan worden gesproken van verminking indien zich een duidelijke feminisatie (vrouwelijke ontwikkeling) van de borst voordoet. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet dan wel onvoldoende weersproken, dat bij verzoeker vóór de ingreep geen sprake was van een duidelijke vrouwelijke ontwikkeling van de borst. Zodoende kan niet van verminking in de zin van artikel 20.4.1 van de zorgverzekering worden gesproken.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor bepaalde vormen van medisch specialistische zorg, waaronder behandeling van plastisch-chirurgische aard. Het gaat dan specifiek om besnijdenis (medisch noodzakelijk), correctie van bovenoogleden en ooglaseren. Aangezien voor de onderhavige ingreep geen dekking wordt geboden kan geen vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering plaatsvinden.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 februari 2011,

Voorzitter