



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie-extirpatie
Zaaknummer : 201702142
Zittingsdatum : 6 juni 2018





Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen



Menzis N.V. te Wageningen, 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 Menzis Basis Voordelig (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 in samenhang met 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 18 augustus 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 november 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



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



3.4. Bij brief van 11 februari 2018 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).



3.5. 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.



3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 25 april 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Bij brief van 23 mei 2018 heeft hij evenwel kenbaar gemaakt alsnog in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 17 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018020013) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, waarbij in het bijzonder is geoordeeld dat bij verzoeker geen sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 mei 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 juni 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 8 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Tevens is gevraagd in te gaan op een drietal punten. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 juni 2018 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding geeft om het voorlopig advies te herzien en dat het daarom als definitief kan worden beschouwd. Ook in hij ingegaan op de aangedragen punten. Een afschrift van dit advies is op 19 juni 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft sinds de puberteit last heeft van een gynaecomastie beiderzijds. Hij gebruikt geen anabolen en er zijn geen onderliggende oorzaken, zoals carcinoom of hormonale afwijkingen die de gynaecomastie kunnen verklaren. De behandelend plastisch chirurg heeft vastgesteld dat sprake is van een gynaecomastie gelijk aan een Tannerstadium M4. Ten behoeve van verzoeker is een aanvraag voor een gynaecomastie-extirpatie ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie afgewezen, omdat bij verzoeker geen sprake zou zijn van Tannerstadium M4. Dit oordeel was echter enkel gebaseerd op beeldmateriaal. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is verzoeker op 19 januari 2018 alsnog gezien door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, evenwel zonder het gewenste resultaat. De zorgverzekeraar blijft namelijk van mening dat bij verzoeker Tannerstadium M4 niet aan de orde is. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft echter geen metingen verricht en zijn standpunt niet nader onderbouwd. Verzoeker is dan ook van mening dat het oordeel van zijn behandelend plastisch chirurg als uitgangspunt moet gelden voor de beoordeling van de ingediende aanvraag en dat dit oordeel niet ongemotiveerd terzijde kan worden geschoven.
- 4.3. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar ten onrechte geen rekening gehouden met de psychische klachten die verzoeker ervaart als gevolg van de gynaecomastie. Hij heeft meerdere keren kenbaar gemaakt dat dit voor hem de reden is dat hij aanspraak maakt op een gynaecomastie-extirpatie. Verzoeker vindt de gynaecomastie een verminking, aangezien een gezonde man van zijn leeftijd en fysieke gesteldheid een dergelijke borstvorming niet heeft.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend arts door middel van een echo de hoeveelheid klier- en vetweefsel heeft vastgesteld en op basis hiervan heeft geoordeeld dat sprake is van een Tannerstadium M4. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft echter

enkel gekeken en geen fysiek onderzoek gedaan of een meting verricht. Evenwel is de medisch adviseur tot de conclusie gekomen dat geen sprake is van Tannerstadium M4. Verzoeker twijfelt aan de deskundigheid en onafhankelijkheid van de medisch adviseur en is van mening dat de vaststelling van een medisch specialist niet zonder meer terzijde kan worden geschoven. Verder voert verzoeker aan dat hij pijnklachten ervaart van de borsten bij het hardlopen. Tevens bestaat een verhoogd risico op borstkanker, gelet op de grotere hoeveelheid klierweefsel.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Een gynaecomastie-extirpatie is een behandeling van plastisch-chirurgische aard en komt op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van aangetoond klierweefsel, waarbij er geen onderliggende oorzaak is of waarbij deze reeds behandeld is en indien deze gynaecomastie langer bestaat dan twaalf maanden. Daarnaast dient sprake te zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet worden gedacht aan ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Bij verminking moet in dit kader worden gedacht aan een duidelijk vrouwelijke ontwikkeling van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. 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. Functiestoornissen moeten objectief aantoonbaar zijn. Hierbij is het van belang dat de pijnklachten uitsluitend worden veroorzaakt door de gynaecomastie zelf, zonder enige wijze van beïnvloeding van buitenaf. Ook moet worden getoetst of het aannemelijk is dat de lichamelijke ongemakken die worden veroorzaakt door de gynaecomastie zullen worden weggenomen door de correctie. Verder moet het aannemelijk zijn dat de gynaecomastie de aangevoerde klachten veroorzaakt en deze zo ernstig zijn dat kan worden gesproken van een lichamelijke functiestoornis zoals wordt bedoeld in de onderliggende regelgeving. Het dient hier dan te gaan om ernstige functiestoornissen die gepaard gaan met ernstige bewegingsbeperkingen. Van een dergelijke aantoonbare lichamelijke functiestoornis is bij verzoeker geen sprake.

5.3. Van verminking kan in de situatie van verzoeker evenmin worden gesproken. Op basis van de foto's in het dossier hebben twee medisch adviseurs geoordeeld dat bij verzoeker geen sprake is van een gynaecomastie gelijk aan Tannerstadium M4. Het voorgaande is tijdens het bezoek aan het spreekuur van de medisch adviseur bevestigd.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat zijn medisch adviseurs ter zake deskundig zijn. Mogelijk beschikken zij niet over hetzelfde medisch specialisme en is ook hun rol anders. Het is aan de behandeld arts te beoordelen of sprake is van een medische indicatie, terwijl het aan de medisch adviseur is te beoordelen of tevens sprake is van een verzekeringsindicatie op grond waarvan de gevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Verder voert de zorgverzekeraar aan dat hij niet bekend is met wetenschappelijke literatuur waaruit volgt dat een toename in klier- en vetweefsel in de borst bij de man een verhoogd risico geeft op borstkanker. Daarnaast merkt de zorgverzekeraar op dat psychische klachten, hoe vervelend ook, door de wetgever expliciet zijn uitgesloten als verzekeringsindicatie voor een behandeling van plastisch chirurgische aard en dat dit derhalve geen grond is de gevraagde behandeling te machtigen.

5.5. 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 algemene voorwaarden 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op pagina 7 tot en met 53 van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 36 e.v. van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- *verminderingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting (...)"*

8.4. De zorgverzekering is volgens artikel A1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Behandelingen van plastisch-chirurgische zijn 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**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 
- 9.1. Ingevolge het bepaalde op pagina 36 e.v. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard, waaronder een gynaecomastie-extirpatie, indien een (verzekering)indicatie aanwezig is in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking 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. Uit de verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 9 juni 2017 blijkt dat verzoeker geen pijnklachten ondervindt van de gynaecomastie, zodat kan worden aangenomen dat bij verzoeker geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestaat. De pijnklachten die specifiek bij het hardlopen optreden zijn niet als zodanig te beschouwen.
-
- 
- 9.3. Van verminking is in dit verband sprake bij een gynaecomastie met een duidelijk feminisatie van de borst, die vergelijkbaar is met Tannerstadium M4 of meer. De behandelend plastisch chirurg heeft door middel van een echo vastgesteld dat klierweefsel aanwezig is en aldus de diagnose gynaecomastie gesteld. De medisch adviseur van de zorgverzekeaar heeft bestreden dat bij verzoeker Tannerstadium M4 of meer aan de orde is. Beide artsen hebben hun standpunt gebaseerd op lichamelijk onderzoek. Het Zorginstituut heeft in zijn definitief advies van 18 juni 2018 toegelicht dat het beoordelen van het Tannerstadium op basis van visueel waarnemen kan plaatsvinden en verklaard dat uit de in het dossier aanwezige stukken niet volgt dat bij verzoeken kan worden gesproken van Tannerstadium M4. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op een gynaecomastie-extirpatie, omdat het aan verzoeker was in de onderhavige procedure aannemelijk te maken dat bij hem sprake is van Tannerstadium M4 en hij hierin niet is geslaagd.
-
- 
- 9.4. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name ten aanzien van de psychische klachten die hij ondervindt, maakt de uitkomst niet anders. Psychische klachten, hoe vervelend ook, vormen namelijk geen (verzekerings)indicatie voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

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, 29 augustus 2018,

H.A.J. Kroon