



Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie
Zaaknummer : 201501038
Zittingsdatum : 10 februari 2016



ANONIEM BINDEND ADVIES

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (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 Extra Zorg Polis Goed 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een gynaecomastie-extirpatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 22 september 2015 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 van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 december 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 december 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 januari 2016 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 7 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 20155888) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat gelet op het advies van de medisch adviseur, geen sprake is van een correctie van een afwijking in het uiterlijk die een aantoonbare lichamelijke functiestoornis veroorzaakt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 januari 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 18 februari 2016 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 26 februari 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker was vijftien maanden oud toen bij hem acute lymfatische leukemie werd geconstateerd. De behandeling met cytostatica die hij heeft ondergaan was net het experimentele stadium gepasseerd. Vijf jaar later werd verzoeker opnieuw door de ziekte getroffen. Omdat sprake was van stagnatie in de groei is het groeihormoon Anavar voorgeschreven. De vrouwelijke borstgroei waarmee verzoeker te maken heeft, is een duidelijk en aantoonbaar gevolg van het gebruik van dit medicijn. In 2006 heeft verzoeker in het VU Medisch Centrum in Amsterdam een gynaecomastie-extirpatie ondergaan. De operatie leidde echter niet tot het gewenste resultaat.
- 4.2. Verzoeker voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding, te weten dat de borstvorming klierweefsel bevat dat langer dan twaalf maanden bestaat, en dat zijn BMI binnen de gestelde norm is. Daarbij komt het feit dat de operatie in 2006 tot onvoldoende resultaat heeft geleid. Verschillende artsen hebben geconstateerd dat sprake is van resterend klierweefsel en dat een duidelijk verschil bestaat tussen de linker- en rechterborst.
- 4.3. Het gaat om een noodzakelijke hersteloperatie die deel uitmaakt van een jarenlang medisch behandeltraject. Door de ziektekostenverzekeraar wordt geen rekening gehouden met de medische achtergrond van verzoeker en de hieruit voortkomende gevolgen. Het betreft nadrukkelijk een uitzonderingssituatie en niet een standaardaanvraag. De kans op precedentwerking is daarom beperkt.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in de briefwisseling van de ziektekostenverzekeraar slordigheden staan. Daarbij gaat de ziektekostenverzekeraar niet in op hetgeen door verzoeker wordt aangevoerd. Verzoeker stoort zich eraan dat hij niet is opgeroepen op het spreekuur, terwijl hij daar wel om heeft verzocht. Verzoeker meldt verder dat hij geen

ernstige pijnklachten heeft. Hij heeft pijn ter hoogte van het klierweefsel als hij bijvoorbeeld bij het voetbal kijken tegen een hek aanstaat. Het komt ook voor dat wanneer hij kleding draagt waarin zijn borstvorming te zien is, dat men in zijn borsten knijpt, wat pijn doet.

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. Verzoeker heeft recht op een gynaecomastie-extirpatie indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hieronder vallen ernstige pijnklachten die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Bij een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer, spreekt men van verminking, hetgeen eveneens een verzekeringsindicatie is. Daarnaast moet sprake zijn van aangetoond klierweefsel dat reeds is behandeld en langer dan twaalf maanden bestaat. De BMI moet kleiner of gelijk zijn aan 30 en andere behandelingen moeten onvoldoende resultaat hebben gehad. Psychische klachten vormen geen (verzekerings)indicatie.

5.2. Verzoeker stelt dat het om een hersteloperatie gaat. De aanvraag wordt beoordeeld op basis van de voorwaarden die gelden voor een gynaecomastie-extirpatie. De aanvraag van de behandelend arts is hierbij leidend. De behandelend arts vermeldt op de aanvraag dat bij verzoeker geen sprake is van ernstige pijnklachten en duidelijke feminisatie van de borst volgens Tannerstadium M4 of meer. Het onder deze omstandigheden verlenen van toestemming voor de ingreep zou oneerlijk zijn ten opzichte van andere verzekerden die ook geen vergoeding hebben ontvangen.

5.3. De medisch adviseur heeft de aanvraag voor een gynaecomastie-extirpatie opnieuw beoordeeld. In deze beoordeling zijn de informatie van de eerdere behandeling en het ontstaan van het klierweefsel meegenomen. Aangezien ook uit de aanvraag van de behandelend arts van verzoeker blijkt dat verzoeker niet aan de voorwaarden van een gynaecomastie-extirpatie voldoet, is een oproep voor het spreekuur niet zinvol.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van 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 verzoeker aanspraak heeft op een gynaecomastie-extirpatie 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

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

8.4. Artikel 1.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op (vergoeding van de kosten) van zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.(...)"

8.5. Artikel 1.2 en artikel 19 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

Plastische chirurgie naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.7. 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. In het algemeen bestaat voor de chirurgische behandeling van gynaecomastie geen medische noodzaak. Verzoeker heeft de betreffende behandeling negen jaar geleden ondergaan. Aangezien deze niet het gewenste resultaat had, is opnieuw een aanvraag gedaan voor een gynaecomastie-extirpatie. Anders dan waarvan verzoeker kennelijk uitgaat, betreft het hier geen herstel- of vervolgooperatie, en dient de aanvraag derhalve zelfstandig te worden beoordeeld.

9.2. Gelet op artikel 19 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard indien sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en/of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting. Zoals uit de aanvraag van de behandelend plastisch chirurg blijkt, heeft verzoeker geen feminisatie van de borst vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer en geen ernstige pijnklachten gerelateerd aan het klierweefsel. Verzoeker heeft verwezen naar zijn medische voorgeschiedenis en benadrukt dat zijn situatie uitzonderlijk is. Wat hiervan ook zij,

de verzekeringsvoorwaarden laten geen ruimte voor het maken van een uitzondering. Ook het gegeven dat resterend klierweefsel is geconstateerd en dat een verschil bestaat tussen de linker- en rechterborst kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 maart 2016

J.A.M. Strens-Meulemeester