

A vertical column of 15 small, orange icons is positioned on the left side of the page. The icons represent various types of people with disabilities, including a person with a cane, a person in a wheelchair, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a prosthetic leg, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a prosthetic leg, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a prosthetic leg, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a prosthetic leg, and a person with a hearing aid.

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie, schadevergoeding
Zaaknummer : 201301228
Zittingsdatum : 16 april 2014

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 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] GezondSamenPolis Restitutie (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Zorg 1 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 18 februari 2013 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 29 april 2013 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 brief van 3 oktober 2013 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 4 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar aangetekend dat indien door hem meer informatie wordt ontvangen in de vorm van foto's en een echo van het klierweefsel, de aanvraag opnieuw zal worden beoordeeld en verzoeker zo nodig zal worden uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur. Een afschrift van de brief is op

9 december 2013 aan verzoeker gezonden. De commissie heeft verzoeker hierbij in de gelegenheid gesteld haar de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde aanvullende informatie toe te zenden.

- 3.7. Verzoeker heeft de betreffende informatie opgevraagd bij de zorgaanbieder. Deze heeft de commissie een cd gezonden met röntgenfoto's. Een kopie van deze cd is op 23 december 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 januari 2014 medegedeeld dat de röntgenfoto's onduidelijk zijn en dat hij daarom zijn eerdere standpunt handhaaft. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 januari 2014 erop gewezen, dat deze in zijn brief van 4 december 2013 had toegezegd dat ingeval de nadere informatie geen uitsluitel zou geven, verzoeker zou worden opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. Afschriften van deze brieven zijn op 21 januari 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop opgeroepen voor het spreekuur, en heeft de commissie bij brief van 20 februari 2014 medegedeeld dat aan verzoeker, naar aanleiding van dit spreekuurbezoek, alsnog toestemming wordt verleend voor de gevraagde ingreep. Een afschrift van deze brief is op 27 februari 2014 aan verzoeker gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij separate brief van zijn beslissing op de hoogte gesteld. Verzoeker heeft de commissie desgevraagd telefonisch medegedeeld de procedure te willen voortzetten.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 maart 2014 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoeker is op 16 april 2014 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
- 3.12. Ter zitting is afgesproken dat verzoeker de commissie informatie zal sturen waaruit blijkt dat de door de ziektekostenverzekeraar opgevraagde foto's reeds in een eerder stadium waren toegezonden. Verzoeker heeft de commissie een afschrift gestuurd van het verslag van de mammografie die op 29 oktober 2012 is uitgevoerd. Een afschrift hiervan is op 23 april 2014 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend chirurg heeft in zijn brief van 25 februari 2013 verklaard dat verzoeker een zwelling en een ontsteking heeft gehad in de linker mamma. "Dit heeft hij oktober 2012 gehad, maar ook twee jaar geleden." Destijds is dit na een antibioticakuur overgegaan. Het blijft echter gevoelig. Bij het lichamenlijk onderzoek stelt de chirurg vast dat sprake is van: "adipositas. Linker mamma: Vergrote klierschijf meer dan rechts, wat irregulair aanvoelend. Tevens een forse hoeveelheid subcutaan vet. (...)". De chirurg concludeert: "Een (pseudo)gynaecomastie links zonder suspectie. In verband met de klachten zou patiënt in aanmerking komen voor een klierschijf extirpatie aan de linkerzijde. Aangezien er ook een behoorlijke hoeveelheid surplus is aan vetweefsel en de klierschijf op zich slechts nog geen 2 cm is, zou alleen met verwijdering van de klierschijf patiënt nog mogelijk een niet tevreden cosmetisch resultaat krijgen; derhalve heb ik hem doorverwezen naar de plastisch chirurg voor eventueel gecombineerde ingreep met ook het verwijderen van het overvloedig vetweefsel."
- 4.2. Verzoeker heeft eerder ontstekingen in zijn rechter mamma gehad. De ontsteking in zijn linker mamma is na drie antibioticakuren nog steeds niet weg. De ontsteking heeft de grootte van een tennisbal. Daarom wil verzoeker uit beide mamma het klierweefsel laten verwijderen. Om na de verwijdering van het klierweefsel niet met twee 'uitgehangen theezakjes' te hoeven rondlopen, wil verzoeker tevens een correctie van de mamma.
- 4.3. Verzoeker vindt het dubieus dat de ziektekostenverzekeraar zijn aanvraag heeft afgewezen zonder dat de medisch adviseur hem heeft gezien. Verzoeker sport drie keer per week in de sportschool, waardoor hij meer spiermassa

heeft dan vetweefsel. Aangezien bij de berekening van de BMI geen rekening wordt gehouden met spiermassa, trekt verzoeker deze beoordeling in twijfel.

- 4.4. De behandelend plastisch chirurg heeft op 30 augustus 2013 verklaard dat de gynaecomastie langer dan twaalf maanden bestaat. Er is geen andere behandeling dan extirpatie mogelijk. Daarnaast is sprake van Tannerstadium III-IV.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij in maart 2014 is opgeroepen bij de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De medisch adviseur zag direct wat het probleem was, en zou het in orde maken. Hoewel daarmee aan zijn verzoek tegemoet is gekomen, ziet verzoeker zich ermee geconfronteerd dat hij voor de zelfde zorg twee keer het eigen risico moet betalen. Verzoeker ondervindt hierdoor schade. Deze schade had voorkomen kunnen worden indien de ziektekostenverzekeraar tijdig en correct op de aanvraag had gereageerd. Verzoeker stelt in dit verband dat de ziektekostenverzekeraar hem in 2012 ook al om foto's had gevraagd en dat hij deze toen ook heeft toegestuurd. In 2013 zijn de zelfde foto's nogmaals ingezonden. Desgevraagd zegt verzoeker toe de bewijsstukken hiervan op te zoeken en over te leggen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De verwijdering van borstklierweefsel is een ingreep van plastisch-chirurgische aard. Hierop bestaat aanspraak ingeval van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De ziektekostenverzekeraar schrijft in zijn brief van 10 september 2013 dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis bij ernstige pijnklachten, die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en een duidelijke invloed hebben op het dagelijks functioneren, of verminking, of als sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst (vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer), of de BMI lager is dan 30. Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van klierweefsel, of dat hij pijnklachten ervaart. Daarnaast is geen sprake van minimaal Tannerstadium M4. Voorts is de BMI van verzoeker te hoog.
- 5.2. In zijn brief van 4 december 2013 deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat de behandelend medisch specialist in de aanvraag heeft vermeld dat de linker klierschijf groter is dan de rechter, maar dat deze stelling niet is onderbouwd door middel van een echo. Uit de aanvraag blijkt dat de BMI van verzoeker te hoog is. Om te kijken of een uitzondering op de BMI-eis kan worden gemaakt, ontvangt de ziektekostenverzekeraar graag foto's van verzoeker. Als de foto's geen uitsluitsel geven, zal verzoeker worden opgeroepen op het spreekuur van de medisch adviseur.
- 5.3. In reactie op de door de zorgaanbieder toegestuurde cd met röntgenfoto's, heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 15 januari 2014 medegedeeld dat deze foto's onduidelijk zijn. Op basis van de echo en de röntgenfoto's kan de ziektekostenverzekeraar geen Tannerstadium vaststellen. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar om toezending van gewone foto's gevraagd en zijn afwijzende beslissing vooralsnog gehandhaafd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker - naar aanleiding van de brief van de commissie van 21 januari 2014 - opgeroepen voor het spreekuur van zijn medisch adviseur. Bij brief van 20 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat de medisch adviseur heeft geconcludeerd dat verzoeker recht heeft op vergoeding van de gevraagde ingreep. Hierbij wordt opgemerkt: "... de aanvraag uit 2013 [is] inmiddels verlopen. De behandelend specialist zal daarom een verlengingsaanvraag bij ons moeten indienen." Na ontvangst van de verlengingsaanvraag zal een schriftelijke bevestiging met de goedkeuring van de aanvraag worden verzonden.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door het ziekenhuis losse consulten zijn gedeclareerd in plaats van een DBC. Deze consulten zijn ten laste van de zorgverzekering vergoed, en daarom verrekend met het eigen risico. De aanvraag voor de onderhavige ingreep is ingediend op 15 februari 2013. Daarna zijn vragen gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft foto's opgevraagd, en omdat deze niet duidelijk waren, is verzoeker opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. Het is dus niet zo, dat als alles op tijd zou zijn beoordeeld, verzoeker

het eigen risico maar éénmaal verschuldigd zou zijn geweest. De ziektekostenverzekeraar kan in zijn administratie niet zien dat in 2012 ook al foto's zijn toegestuurd.

Wat betreft de door verzoeker gevorderde schadevergoeding laat de ziektekostenverzekeraar de beslissing over aan de commissie.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op vergoeding van de kosten van 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;*
- (...)”*

8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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. 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. Aangezien de ziektekostenverzekeraar - naar aanleiding van het spreekuurbezoek van 12 februari 2014 - heeft geconcludeerd dat verzoeker aanspraak heeft op de gevraagde gynaecomastie-extirpatie, behoeft de afwijzing van deze aanvraag thans geen bespreking meer.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 20 februari 2014 gesteld dat verzoeker de behandelend arts moet verzoeken een "verlengingsaanvraag" in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar, omdat de aanvraag uit 2013 is verlopen. Bij telefonische navraag is de commissie gebleken dat hiermee is bedoeld dat de in 2013 geopende DBC inmiddels is gesloten, zodat de behandeling hier niet onder kan worden gebracht. De commissie merkt op dat de beoordeling van de verzekeringsaanspraken en de administratieve afwikkeling van de geleverde zorg twee onderscheiden zaken zijn. Nu is vastgesteld dat verzoeker aanspraak heeft op een gynaecomastie-extirpatie en de in februari 2013 hiertoe ingediende aanvraag niet is ingetrokken of anderszins is vervallen, valt niet in te zien waarom verzoeker opnieuw een aanvraag zou moeten indienen. Dit zou enkel leiden tot extra vertraging en in theorie zelfs - opnieuw - een afwijzende beslissing.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Aangezien de ziektekostenverzekeraar inmiddels heeft geconcludeerd dat verzoeker ten laste van de zorgverzekering aanspraak heeft op de gevraagde ingreep, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen bespreking meer.


Schadevergoeding

- 9.4. Verzoeker heeft ter zitting gesteld dat hij schade ondervindt doordat de ziektekostenverzekeraar pas op 20 februari 2014 heeft geconcludeerd dat aanspraak bestaat op de gevraagde operatie. De schade behelst - aldus verzoeker - dat hij nogmaals het eigen risico is verschuldigd. Daarom vordert verzoeker vergoeding hiervan. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestond op grond van de bij de aanvankelijke aanvraag overgelegde informatie geen aanspraak op de behandeling. Pas nadat de ziektekostenverzekeraar foto's had opgevraagd en ontvangen, en verzoeker op het spreekuur van de medisch adviseur was geweest was duidelijk dat verzoeker wél aanspraak heeft op het gevraagde.
- 9.5. De commissie overweegt dat verzoeker reeds in zijn verzoek om heroverweging ten aanzien van de BMI heeft gesteld dat deze hoger is, doordat hij door het vele sporten meer spier- dan vetmassa heeft, en dat hij daarom heeft verzocht om een onderhoud met de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar is niet ingegaan op dit verzoek. Door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de ziektekostenverzekeraar bij brief van 24 juni 2013 verzocht of deze bereid is verzoeker alsnog op te roepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. De ziektekostenverzekeraar heeft in antwoord hierop nadere informatie opgevraagd. Deze informatie van de behandelend arts heeft verzoeker ingestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens op basis van de stukken geoordeeld dat de aanvraag terecht was afgewezen en heeft verzoeker niet opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. Pas nadat tijdens de onderhavige geschilprocedure, zoals weergegeven in 3.6 tot en met 3.9, verzoeker werd opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur, is gebleken dat hij aanspraak heeft op de gevraagde operatie. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat als de ziektekostenverzekeraar verzoeker in een eerder stadium - bijvoorbeeld naar aanleiding van het verzoek om heroverweging of de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen - had opgeroepen voor het spreekuur, verzoeker de operatie veel eerder had kunnen ondergaan, waardoor hij nu niet opnieuw het eigen risico verschuldigd zou zijn. Het nogmaals verschuldigd zijn van het eigen risico is derhalve te wijten aan het handelen dan wel nalaten van de ziektekostenverzekeraar. Door de ziektekostenverzekeraar is ter zitting gesteld dat door het ziekenhuis losse consulten zijn gedeclareerd in plaats van een DBC. Dit is echter niet nader onderbouwd. De commissie neemt deze mededeling daarom voor kennisgeving aan. Gezien het voorgaande mag het eigen risico voor 2014, voor zover verzoeker dit verschuldigd is voor de onderhavige mastectomie, niet bij hem in rekening te worden gebracht. Volledigheidshalve merkt de commissie hierbij op dat dit uiteraard niet geldt voor eventuele andere zorg die in 2014 ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.




Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, zoals bepaald in 9.5
- 9.7. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft geconcludeerd dat verzoeker aanspraak heeft op de gevraagde operatie, dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is bepaald in 9.5.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.



Zeist, 14 mei 2014,




Voorzitter





