



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie extirpatie
Zaaknummer : 201301900
Zittingsdatum : 29 januari 2014

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postadres Postbus 291, 3700 AG Zeist

Bezoekadres Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist


T 088 900 69 00


F 088 900 69 06


E info@skgz.nl


www www.skgz.nl

KvK 30213012


 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, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)


 1. Partijen


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


- 1) C te E, en
- 2) D te E,


 hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd [naam collectiviteit] (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 collectiviteit] Zorg en Tand 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 brieven van 14 september 2012 en 6 juni 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 brieven van 25 juni 2013 en 16 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. Verzoeker heeft zich op 17 juli 2013 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. Bij brief van 6 augustus 2013 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

 3.4. Bij brief van 26 augustus 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 22 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 november 2013 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 januari 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 28 november 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 december 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013146220) 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 van verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 8 januari 2014 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 januari 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
-  3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 februari 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd.
-  3.11. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht en brief van 13 februari 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
-  3.12. Verzoeker heeft bij brief van 16 februari 2014 gereageerd op het onder 3.10 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
-  3.13. Bij brief van 28 februari 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de nadien ontvangen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 13 maart 2014 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Hieruit blijkt dat een beoordeling aan de hand van de criteria die gelden voor een borstverkleining niet passend is. De essentie is de beoordeling of sprake is van verminking, zijnde een duidelijke feminisatie vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Hiervan is bij verzoeker geen sprake.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. De huisarts heeft verzoeker gediagnosticeerd met gynaecomastie en heeft hem verwezen naar een chirurg.
-  4.2. De behandelend chirurg heeft ter zake van verzoeker verklaard: "Afgelopen jaar heeft [verzoeker] een aantal keren bij ons de polikliniek bezocht in verband met een pijnlijke gynaecomastie aan de rechterzijde. De voorgeschiedenis vermeldt een operatie voor gynaecomastie ter linkerzijde in 2006. Tevens is [verzoeker] bekend met HIV. In 2006 is het materiaal ingestuurd naar de pathologie en aldaar werd hyperplasie van de klierschijf geconstateerd, passend bij een gynaecomastie. Nu, 7 jaar later, heeft hij ter rechterzijde hetzelfde probleem wat hem behoorlijk in zijn dagelijks functioneren belemmert. In de work-up is dit keer onder andere een mammografie en een echo verricht waarbij de diagnose gynaecomastie werd bevestigd. Tevens is er nog bloedonderzoek gedaan om de hormoonspiegels te controleren, hier werden gelukkig geen afwijkingen gevonden. Met andere woorden, het betreft hier een pijnlijke gynaecomastie en geen cosmetische ingreep. (...)"
-  4.3. Verzoeker heeft last van gynaecomastie. In 2006 is een mastectomie links uitgevoerd. Deze ingreep is destijds probleemloos vergoed. Vanaf mei 2012 zijn er klachten met betrekking tot de rechterborst. Verzoeker wenst thans een mastectomie rechts te ondergaan. De ziektekostenverzekeraar weigert echter deze ingreep te vergoeden, omdat niet zou zijn voldaan aan de voorwaarden. Verzoeker bestrijdt dit.
-  4.4. Bij brief van 14 september 2012 is de eerste aanvraag afgewezen. In deze brief zijn de voorwaarden voor vergoeding van een mastectomie vermeld. Hierbij is verwezen naar artikel B27 van de zorgverzekering. Verzoeker

stelt aan de geldende voorwaarden te voldoen, omdat (i) sprake is van aangetoond klierweefsel, (ii) dat langer dan twaalf maanden bestaat, terwijl (iii) sprake is van ernstige pijnklachten die worden veroorzaakt door het klierweefsel en duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren en op het slapen, en ook (iv) sprake is van een feminisatie van de rechterborst. De overgelegde foto's maken een en ander duidelijk. Volgens de ziektekostenverzekeraar wordt niet aan voorwaarde (iii) voldaan, aangezien geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestaat. De huisarts, chirurg en internist hebben echter pijnklachten gerelateerd aan het klierweefsel geconstateerd, alsmede de impact hiervan op het dagelijks functioneren. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar het oordeel van de artsen tegensprekt, en stelt dat de pijnklachten niet objectiveerbaar zijn. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat niet is voldaan aan voorwaarde (iv), omdat geen sprake is van verminking. Hierbij wordt verwezen naar Tannerstadium M4 of meer. Nergens wordt gesproken over het feit dat bij verzoeker sprake is van unilaterale groei van enkel de rechterborst. Er is wel degelijk sprake van verminking. Verzoeker verklaart het gevoel te hebben dat de ziektekostenverzekeraar zijn aanvraag niet zorgvuldig heeft behandeld. Er wordt gesproken over "borsten", en de voorwaarden betreffen beide borsten, terwijl het bij verzoeker om één borst gaat. Ook heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geen contact met hem opgenomen.

- 4.5. Verzoeker stelt dat hij door de gynaecomastie wordt belemmerd in zijn dagelijks functioneren, zoals tijdens werken, sporten en slapen. Hij ervaart pijnklachten. De borst groeit gestaag, waardoor de situatie ernstiger wordt. Er is tevens sprake van een sociale beperking: de rechterborst is goed zichtbaar waardoor verzoeker bijvoorbeeld geen bezoek aan het zwembad brengt. Tot slot hecht verzoeker eraan te vermelden dat hij HIV-geïnficeerd is en er borstkanker in zijn familie voorkomt.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in 2006 zijn linkerborst is geamputeerd. De kosten van deze ingreep zijn vergoed. Het is merkwaardig dat de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden en feiten uit dat jaar niet kan reproduceren, maar wel kan aangeven dat het toen anders was. Verzoeker vraagt zich af hoe een vergelijking kan worden gemaakt als er geen vergelijkingsmateriaal is. Voorts stelt verzoeker dat pijnklachten een indicatie zijn voor vergoeding. De pijn ten gevolge van de rechterborst heeft veel invloed op zijn leven, waaronder slapen, werken en seksueel contact. De pijn is bovendien altijd aanwezig en gaat soms gepaard met steken. De behandelend artsen van verzoeker erkennen deze klachten. De ziektekostenverzekeraar veegt de pijnklachten om onduidelijke reden van tafel en baseert zich enkel op het papieren dossier. Verzoeker voert aan dat ook verminking een indicatie is voor vergoeding. Eén borst is geamputeerd en de andere borst groeit nog steeds. Er wordt voldaan aan de VAGZ richtlijn, aangezien in 2006 een geneeskundige verrichting heeft plaatsgevonden. Verzoeker merkt in dit kader op dat wellicht een borstverkleining had moeten worden aangevraagd. Tot slot verklaart verzoeker dat uit de laatste meting van de borst is gebleken dat sprake is van Tannerstadium M4.
- 4.7. Nadien is door verzoeker gesteld dat de basis voor de vergoeding de verminking is. Of de behandeling een gynaecomastie extirpatie of een borstverkleining behelst, is om het even. De VAGZ werkwijzer is enkel een leidraad, en deze voorziet niet in alle situaties. Het is onbegrijpelijk waarom de ziektekostenverzekeraar de verminking blijft ontkennen. De ziektekostenverzekeraar weigert een vergoeding op de grond dat geen sprake is van asymmetrie van twee cupmaten of meer. Dit is op basis van foto's besloten, hetgeen erg lastig, zo niet onmogelijk, lijkt. De tweede mogelijkheid van het vergoeden van een borstverkleining op basis van verminking blijft onbesproken. Verzoeker benadrukt de bijzonderheid van zijn situatie. Er is sprake van een pijnlijke gynaecomastie, zijnde één borst, die door de behandelend chirurg wordt geclassificeerd tussen Tannerstadium M3 en M4.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De overheid heeft de aanspraak op (vergoeding van) plastische chirurgie zeer beperkt willen houden. Daarom wordt in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering de aanspraak hierop specifiek omschreven. De polisvoorwaarden vinden hun grondslag hierin. Ingevolge artikel B27 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard indien die strekt tot correctie van (i) afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen; en/of (ii) verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Naast een verwijzing is voorafgaande toestemming noodzakelijk. De verzekerde kan slechts aanspraak maken op voormelde zorg en diensten voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

-  5.2. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijk criteria beantwoord (artikel 85 van de zorgverzekering). Een mastectomie ter correctie van gynaecomastie komt 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 dan twaalf maanden bestaat. Daarbij dient sprake te zijn van ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren (aantoonbare lichamelijke functiestoornis), en/of een gynaecomastie, waarbij een duidelijke vrouwelijke ontwikkeling van de borst bestaat, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer (verminking). Voorts geldt dat de Body Mass Index de afgelopen twaalf maanden niet hoger mag zijn geweest dan 30, en dat het gewicht in die twaalf maanden ongeveer gelijk was.
-  5.3. Op 5 februari 2013 is een aanvraag voor een gynaecomastie ontvangen van de behandelend arts van verzoeker. Zijn brief van 18 februari 2013 is bij het ziekenhuis meer informatie opgevraagd. Deze brief is door de behandelend arts niet beantwoord. Op 30 mei 2013 ontving de ziektekostenverzekeraar, met excuses voor de late reactie, van het ziekenhuis de e-mail van verzoeker van 27 mei 2013 waarin hij zelf een omschrijving geeft van de pijnklachten.
-  5.4. In onderhavig geval is niet aan de voorwaarden voldaan. Volgens de medisch adviseur is geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van artikel 827 van de zorgverzekering. De genoemde pijnklachten zijn niet objectiveerbaar en niet zodanig omschreven dat deze klachten het dagelijks functioneren van verzoeker ernstig belemmeren. Evenmin is sprake van verminking in de zin van artikel 827 van de zorgverzekering. Hoewel de behandelend arts van verzoeker kennelijk van oordeel is dat van Tannerstadium M4 of hoger kan worden gesproken, bestrijdt de ziektekostenverzekeraar dit. Uit de overgelegde foto's blijkt dat geen sprake is van vrouwelijke ontwikkeling van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of hoger. Mentale klachten vormen geen (verzekerings)indicatie voor een gynaecomastie extirpatie. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de klachten die verzoeker heeft hinderlijk en vervelend zijn, maar kan niet overgaan tot vergoeding van de aangevraagde behandeling.
-  5.5. Volgens de door verzoeker overgelegde informatie is hij op 12 mei 2006 geopereerd met als indicatie gynaecomastie. Helaas is hierover in de administratie van de ziektekostenverzekeraar geen informatie meer te vinden, behalve het feit dat de ingreep inderdaad is geaccordeerd en heeft plaatsgevonden. Voor de ziektekostenverzekeraar is niet meer te achterhalen waarom verzoeker destijds toestemming heeft gekregen voor de ingreep. Aangenomen mag worden dat toen, anders dan in de huidige situatie, werd voldaan aan de voorwaarden die op dat moment golden voor de aanspraak. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt derhalve dat sprake is van gelijke omstandigheden.
-  5.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aangevraagde behandeling.
-  5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet meer is na te gaan waarom de ingreep in 2006 is vergoed. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat geen sprake is van objectiveerbare pijnklachten. Verzoeker schetst situaties waarin aanraking van de borst plaatsvindt. Bovendien is geen sprake van verminking. Een en ander wordt onderschreven door het CVZ. Het argument dat er een verschil is tussen beide borsten speelt enkel een rol bij een aanvraag voor een borstreconstructie en dat is in onderhavig geval niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat bij gynaecomastie een mastectomie de aangewezen ingreep is. Hij is evenwel bereid de mogelijkheid van een aanvraag voor een borstverkleining te onderzoeken en daarnaast te onderzoeken van welk Tannerstadium thans sprake is.
-  5.8. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een borstverkleining. Een indicatie voor een eenzijdige borstverkleining bestaat bij een asymmetrie van twee cupmaten of meer (verminking). Volgens de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar is op de foto's duidelijk te zien dat hiervan bij verzoeker geen sprake is. Het is derhalve niet nodig verzoeker op te roepen voor het spreekuur.
-  5.9. De ziektekostenverzekeraar 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 en 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 is gehouden 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B38 van de zorgverzekering. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:



(...)

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,*



(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum als daaraan een medisch specialist verbonden is. (...)



Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig."



- 8.3. Artikel B27 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 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. 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. Ingevolge artikel B27 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 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. Verzoeker heeft gesteld dat bij hem pijnklachten bestaan die constant aanwezig zijn, en dat deze verergeren bij het slapen, hardlopen, werken, het dragen van strakke kleding en aanraking. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat de pijnklachten niet van dien aard zijn dat ze een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. De commissie is, mede gelet op het CVZ-advies van 19 december 2013, van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat sprake is van ernstige pijnklachten. Ook anderszins is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in voormelde zin.
-  9.3. Van verminking is in dit kader sprake bij een gynaecomastie met een duidelijke feminisatie van de borst, die vergelijkbaar is met Tannerstadium M4 of meer. De behandelend arts van verzoeker heeft gesteld dat dit bij verzoeker aan de orde is. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. De commissie is, mede gelet op de adviezen van het CVZ van 19 december 2013 en 13 maart 2014, van oordeel dat geen sprake is van verminking in voormelde zin.
Het feit dat het hier uitsluitend de rechterborst betreft, maakt het voorgaande niet anders, hoewel de commissie begrip ervoor heeft dat het bestaande verschil door verzoeker als verminking wordt ervaren.
-  9.4. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ten aanzien van het HIV-geïnfecteerd zijn en het voorkomen van borstkanker in zijn familie, is voor de beoordeling van zijn aanvraag niet relevant.
Psychisch lijden vormt in dit verband evenmin een verzekeringsindicatie.
-  9.5. Aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor een behandeling van plastisch-chirurgische aard, heeft verzoeker geen aanspraak op een gynaecomastie extirpatie ten laste van de zorgverzekering.

 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

-  9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de gevraagde behandeling, zodat de aanspraak niet op grond van die verzekering kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 maart 2014,

 Voorzitter