



Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie extirpatie
Zaaknummer : 201400758
Zittingsdatum : 1 oktober 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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

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] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (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] Aanvullend Classic 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 26 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 11 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoeker medegedeeld het ingenomen standpunt te handhaven. Bij brief van 22 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar, na bestudering van aanvullende medische informatie, wederom medegedeeld niet terug te komen op zijn beslissing.
- 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 16 juni 2014 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 23 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 juli 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 augustus 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 september 2014 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 september 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014096376) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het dossier niet is gebleken dat sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 6 oktober 2014 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 8 oktober 2014 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. De huisarts heeft bij verzoeker rechts een gynaecomastie vastgesteld en heeft hem verwezen naar een chirurg.
- 4.2. In 2012 kreeg verzoeker in toenemende mate last van de gynaecomastie rechts. Zijn borst zwol op en werd zeer gevoelig. De pijn was van dien aard dat hij geen kleding meer kon verdragen. Ook zijn dekbed veroorzaakte pijn evenals de persoonlijke beschermingsmiddelen die hij als beroepsbrandweerman moet dragen. Na verwijzing naar de chirurg is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor een gynaecomastie extirpatie. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Vanwege de zwelling en de hevige pijn heeft verzoeker besloten de operatie in de zomer van 2012 toch te laten uitvoeren. Eén jaar wachten - zoals door de ziektekostenverzekeraar werd voorgeschreven - was voor hem geen optie.
- 4.3. Op 22 april 2014 heeft een chirurg van het ziekenhuis waar verzoeker in 2012 is behandeld, verklaard dat de behandelend chirurg - die inmiddels met pensioen is - de borstomvang destijds niet als zodanig heeft vastgelegd volgens de Tanner-criteria. Dit is in het ziekenhuis ook niet gebruikelijk. Hierbij wordt opgemerkt dat de Tanner-criteria oorspronkelijk zijn ontwikkeld om de secundaire geslachtskenmerken (dus ook de borstgroei) te beschrijven gedurende de puberteit. Daarnaast mag worden verondersteld dat als de gehele klierschijf is verwijderd, de kans op een recidief (het aangroeien van het klierweefsel) gering is.
- 4.4. Verzoeker is in 2000 geopereerd in verband met een gynaecomastie links. De betreffende chirurg heeft toen vastgesteld dat rechts ook sprake was van een gynaecomastie, maar omdat deze geen klachten gaf, heeft geen verdere behandeling hiervan plaatsgevonden. De gynaecomastie rechts bestond dus al vanaf het jaar 2000, en niet pas enkele maanden zoals de ziektekostenverzekeraar stelt.

- 4.5. De huisarts van verzoeker heeft op 10 augustus 2012 verklaard dat bij verzoeker sprake was van een duidelijke vergroting van de gynaecomastie, namelijk ruim 50 percent binnen twee maanden. Verder heeft de huisarts medegedeeld dat de borstvorming tussen mei 2012 en het tijdstip van de operatie leidde tot toenemende pijn en grootte, dat de BMI van verzoeker 22,6 bedroeg, en dat er geen andere behandelmogelijkheden waren voor de gynaecomastie op basis van fibroadenoom (volgens mammografie).
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in 2000 al is geopereerd in verband met een gynaecomastie. Destijds was het noodzakelijk de linkerzijde te opereren. Voor de rechterzijde is ervoor gekozen het te laten voor wat het is. De conclusies van de behandelend arts in 2000 zijn door de ziektekostenverzekeraar altijd genegeerd. Verzoeker wil dat de bevindingen en conclusies van deze arts ook worden meegenomen in de uitspraak van de commissie.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De voorwaarden voor vergoeding van plastisch chirurgische ingrepen, waaronder een gynaecomastie extirpatie, zijn opgenomen in artikel 19 van de zorgverzekering, welk artikel is gebaseerd op artikel 2.4 Bzv. Aanspraak bestaat op een plastisch chirurgische ingreep indien sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van verminking.
- 5.2. Bij een gynaecomastie bestaat aanspraak op extirpatie ingeval van aangetoond klierweefsel, waarbij er geen onderliggende oorzaak is of waarbij deze reeds is behandeld, en indien de gynaecomastie langer dan twaalf maanden bestaat. Daarbij moeten er aantoonbare pijnklachten bestaan die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Als sprake is van duidelijke vrouwelijke borstvorming, vergelijkbaar met Tannerstadium M4, bestaat eveneens aanspraak op de behandeling.
- 5.3. Uit de aanvraag blijkt duidelijk dat de gynaecomastie nog geen twaalf maanden bestond. De huisarts van verzoeker heeft verklaard dat verzoeker sinds mei 2012 toenemende pijnklachten had als gevolg van de groei van de borst. De operatie heeft plaatsgevonden op 13 juni 2012. In de verklaring van de chirurg uit 2000 wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de linker- en de rechterborst. Voor de rechterborst is vermeld dat deze geen klachten geeft en dat daar ook sprake is van een "uiterst minimum gynaecomastie". Pas vanaf mei 2012 groeit de rechterborst en geeft deze pijnklachten. Ook in de aanvraag is vermeld dat de gynaecomastie niet langer dan twaalf maanden bestaat. Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op de aangevraagde (en inmiddels uitgevoerde) gynaecomastie extirpatie rechts.
- 5.4. Gevraagd naar het verschil tussen het begrip verminking in de zorgverzekering en zoals bedoeld in de aanvullende ziektekostenverzekering, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 23 juli 2014 toegelicht dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op plastische chirurgie indien sprake is van verminking door een ongeval of ziekte. "Verminking zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet doelt op verworven aandoeningen, zoals bijvoorbeeld door reumatoïde artritis, verlammingen en brandwonden. Meer informatie vindt u in de VAGZ Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Voor gynaecomastie hanteren we een Tannerstadium M4 of meer als verminking. Hierbij is sprake van een duidelijk vrouwelijke borstvorm. Daarvan is bij [verzoeker] geen sprake. Dit betekent dat wij ook vanuit de aanvullende verzekering geen goedkeuring kunnen geven."
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts toegelicht dat de aanvraag digitaal door het ziekenhuis is ingediend. De aanvraag is automatisch beoordeeld aan de hand van de voorwaarden. Op het moment dat in de aanvraag staat dat de gynaecomastie korter dan twaalf maanden bestaat, wijst het systeem deze automatisch af. Hierbij is geen medisch adviseur betrokken. Na een

telefoongesprek, dat plaatsvond op 11 oktober 2013 is het dossier alsnog voorgelegd aan de medisch adviseur. De medisch adviseur heeft in het dossier gelezen dat maligniteit is uitgesloten. Dit is dus geen reden om alsnog te vergoeden. Bovendien is de groei juist een reden om even te wachten, omdat de kans reëel is dat de groei na de operatie doorzet. Juist om die reden is de eis - dat de gynaecomastie minimaal twaalf maanden aanwezig moet zijn - opgenomen in de voorwaarden en het protocol. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op de aangevraagde operatie.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut heeft bevestigd dat de vergoeding van de onderhavige ingreep terecht is afgewezen. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat in 2000 links sprake was van een gynaecomastie, maar dat toen rechts nog geen klachten waren.

5.7. 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 8 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 vergoeding van de kosten van de door hem in 2012 ondergane 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 restitutiepolis, 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.

8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch chirurgische aard 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;*
- (...)*

Borstvorming bij mannen (gynaecomastie)

U hebt recht op vergoeding van de kosten van chirurgische correctie van deze borstvorming wanneer er aantoonbaar klierweefsel aanwezig is en deze gynaecomastie langer dan 12 maanden bestaat. Daarbij moeten er ernstige pijnklachten bestaan die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en/of sprake zijn van een verminking. Verminking wil zeggen dat er een duidelijk vrouwelijke borstvorm zichtbaar is.

(...)”

8.4. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg indien hiervoor een medische noodzaak bestaat, en dit artikel 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. De artikelen 1.2 en 19 van de zorgverzekering zijn 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).

8.6. 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. Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de 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 gereuleerde 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.

8.8. Artikel 24 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Omschrijving

- vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte;

(...)

Bijzonderheden

1. Als geen sprake is van een ingreep op grond van bovengenoemde medische indicaties wordt geen vergoeding verleend, tenzij wij vinden dat er bijzondere medische omstandigheden aanwezig zijn, die een vergoeding tot maximaal 50% van de kosten rechtvaardigen;

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Ingevolge artikel 19 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 vóór de operatie bij hem al geruime tijd (pijn)klachten

aanwezig waren als gevolg van de gynaecomastie rechts. De gynaecomastie werd al in 2000 geconstateerd en nam in 2012 snel in omvang toe. Ook kreeg verzoeker in dat jaar last van hevige pijn. Volgens de ziektekostenverzekeraar ontbreekt een indicatie en bestonden de (pijn)klachten pas vanaf mei 2012.

9.3. Van verminking is in dit kader sprake bij een duidelijke feminisatie van de borst, die vergelijkbaar is met Tannerstadium M4 of meer. De behandelend arts heeft in het dossier van verzoeker blijkbaar niet vastgelegd of sprake was van een duidelijke feminisatie van de rechterborst en ook niets opgetekend over het Tannerstadium. De commissie is daarom van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat bij verzoeker, vóór de operatie, sprake was van verminking in voormelde zin.

9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat de klachten ten gevolge van de gynaecomastie minder dan twaalf maanden aanwezig waren op het moment van de aanvraag dan wel de ingreep. In artikel 19 van de zorgverzekering is ten aanzien van de gynaecomastie vermeld dat aanspraak bestaat op een chirurgische correctie indien de gynaecomastie minimaal twaalf maanden bestaat. Daarbij dient sprake te zijn van ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel. Ook deze ernstige pijnklachten dienen derhalve minimaal twaalf maanden aanwezig te zijn. Verzoeker had op het moment dat de operatie plaatsvond nog geen twaalf maanden - ernstige - klachten door de aanwezige gynaecomastie. Daarom heeft hij ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak op de aangevraagde mastectomie. Hetgeen in dit verband overigens door verzoeker is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.5. Op grond van artikel 24 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte. Anders dan de zorgverzekering vindt de aanvullende ziektekostenverzekering zijn grondslag niet in de Zvw en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten. Daarom kan voor het begrip 'verminking' als bedoeld in de aanvullende ziektekostenverzekering niet zonder meer worden uitgegaan van de betekenis die hieraan onder de zorgverzekering wordt toegekend. Dit kan alleen als een zelfde begripsomschrijving in de polisvoorwaarden is opgenomen of hiervoor wordt verwezen naar de zorgverzekering. Dit laatste is in het onderhavige geval niet aan de orde. Het is om die reden dat voor de invulling van het begrip 'verminking' dient te worden uitgegaan van de betekenis die partijen hier over en weer aan mochten geven. Hoewel de commissie de ziektekostenverzekeraar hiernaar expliciet heeft gevraagd, heeft deze alleen toegelicht wat met verminking in de zin van de zorgverzekering wordt bedoeld en is ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering volstaan met de opmerking dat aanspraak bestaat op plastische chirurgie indien sprake is van verminking door een "ongeval of ziekte". Een nadere invulling van het begrip "ziekte" is niet gegeven. Verzoeker heeft onweersproken gesteld dat zijn rechterborst pijnlijk en opgezwollen was. Dit kan worden aangemerkt als een ziekte. Voorts kan in het algemeen maatschappelijk verkeer eenzijdige borstvorming bij een man worden aangemerkt als verminking. Een en ander - in onderlinge samenhang beschouwd - brengt de commissie tot het oordeel dat, gelet op het bepaalde in artikel 24 van de aanvullende ziektekostenverzekering, verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van 50 percent van de kosten van de aangevraagde en inmiddels uitgevoerde mastectomie.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van 50 percent van de kosten van de aangevraagde mastectomie.

9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald in 9.6.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 15 oktober 2014,



Voorzitter

