



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gynaecomastie-extirpatie

Zaaknummer : 201602876

Zittingsdatum : 5 juli 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 grond van de verzekering CZdirect (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 CZdirect Basic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een gynaecomastie-extirpatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 november 2016 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 22 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoeker op te roepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. Bij brief van 15 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat verzoeker niet van de geboden mogelijkheid gebruik wenst te maken.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 16 februari 2017 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 16 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 20 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 7 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017013210) 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 niet is gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 april 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 2017 telefonisch gehoord en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 10 juli 2017 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. Bij brief van 13 juli 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 14 juli 2017 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 stelt te voldoen aan de voorwaarden om voor een gynaecomastie-extirpatie in aanmerking te komen. De gynaecomastie bestaat zeker al langer dan twaalf maanden en veroorzaakt enorme pijnklachten die een duidelijke impact hebben op het dagelijks leven van verzoeker. Zo kan verzoeker niet op zijn buik slapen, waardoor hij zeer slecht slaapt. Door het grote tekort aan slaap heeft verzoeker zijn werkzaamheden als juridisch adviseur moeten staken. De pijnklachten worden de laatste tijd erger en zelfs meerdere doseringen van 600 mg Ibuprofen en 1000 mg paracetamol helpen niet meer om de pijn weg te krijgen. Verzoeker stelt voorts dat de gynaecomastie psychische klachten veroorzaakt. De aangevraagde behandeling is derhalve noodzakelijk, en betreft nadrukkelijk geen cosmetische ingreep.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de afwijzende beslissing op zijn aanvraag voor een gynaecomastie op foutieve informatie heeft gebaseerd. Er waren geen röntgenfoto's beschikbaar zodat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag niet goed heeft kunnen beoordelen. Aangezien verzoeker geen vertrouwen had in de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft hij afgezien van een bezoek aan het medisch spreekuur.
- 4.3. 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 plastisch chirurgische ingrepen, waaronder een gynaecomastie-extirpatie, zijn opgenomen in artikel B.4.5 van de zorgverzekering, welk artikel is gebaseerd op artikel 2.4 Bzv. Aanspraak bestaat op een plastisch chirurgische ingreep bij een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
-  5.2. Als het gaat om de hiervoor genoemde (verzekerings)indicaties bestaat aanspraak op een gynaecomastie-extirpatie indien sprake is van aangetoond klierweefsel, waarbij geen onderliggende oorzaak is of waarbij deze reeds is behandeld, en indien de gynaecomastie langer dan twaalf maanden bestaat. Daarbij dient sprake te zijn van hetzij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, met name ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren, dan wel van verminking in de zin van duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer.
-  5.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft alle overgelegde stukken bestudeerd en vastgesteld dat de klachten die verzoeker noemt niet zijn aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de voorwaarden. Ook ziet de ziektekostenverzekeraar geen causaal verband tussen de activiteiten die verzoeker waarschijnlijk uitvoert als juridisch adviseur en de lichamelijke klachten die daardoor kunnen optreden waardoor het werk niet meer mogelijk is. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat bij verzoeker weliswaar enige borstvorming aanwezig is, maar dat van een duidelijke vrouwelijke ontwikkeling vergelijkbaar met Tannerstadium M4 niet kan worden gesproken. Gezien het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat bij verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als bedoeld in artikel B.4.5. van de zorgverzekering. Psychische klachten zijn nooit een reden voor vergoeding van een plastisch chirurgische behandeling.
-  5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat zijn medisch adviseur verzoeker heeft opgeroepen om het verband tussen de pijnklachten en het klierweefsel nader te onderzoeken. Aangezien verzoeker niet op dit spreekuur is verschenen is niet komen vast te staan dat de klachten die verzoeker ondervindt gerelateerd zijn aan het klierweefsel.
-  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 op A.22. 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 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 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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)"

- 8.4. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, 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 lid 1 sub b 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 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 B.4.5. 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. Door de behandelend plastisch chirurg is in de aanvraag bevestigd dat dit bij verzoeker aan de orde is, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar evenwel gemotiveerd is bestreden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband ter zitting verklaard dat hij verzoeker

heeft opgeroepen op het spreekuur van zijn medisch adviseur om het causale verband te onderzoeken tussen de pijnklachten en het aanwezige klierweefsel. Vast staat echter verzoeker weloverwogen heeft afgezien van een bezoek aan dit spreekuur, omdat hij geen vertrouwen had in de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De commissie is, mede om die reden en gelet op het definitief advies van het Zorginstituut van 13 juli 2017, van oordeel dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat de bij hem aanwezige pijnklachten dusdanig ernstig zijn dat hij hierdoor wordt beperkt in zijn dagelijkse functioneren. Gelet op het voorgaande is bij verzoeker geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

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 medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de overgelegde foto's geoordeeld dat bij verzoeker niet kan worden gesproken van Tannerstadium M4 of meer. Aangezien verzoeker dit standpunt niet gemotiveerd heeft bestreden, concludeert de commissie dat bij verzoeker geen sprake is van verminking als bedoeld in artikel B.4.5. van de zorgverzekering.

9.4. Voorts is door verzoeker gesteld dat hij sociale hinder en psychisch lijden ondervindt door de gynaecomastie. Sociale hinder en psychisch lijden, hoezeer hiervan ook sprake is en hoe vervelend ook voor verzoeker, vormen geen verzekeringsindicatie voor een plastisch-chirurgische behandeling.

9.5. Aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden met betrekking tot de (verzekerings)indicatie voor een plastisch-chirurgische behandeling, 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 het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond 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, 16 augustus 2017,

P.J.J. Vonk