

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E
beiden te D tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, mastectomie
Zaaknummer : 2011.00354
Zittingsdatum : 11 januari 2012

1. Partijen

A hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E hierna te noemen: verzekerde, beiden te B

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een mastectomie, ter hoogte van € 2.676,54 (verder: de aanspraak), uitgevoerd bij verzekerde. Bij vergoedingsoverzicht van 2 februari 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 7 april 2011 en 13 juli 2011 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 29 augustus 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2011 aan verzoeker

gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 november 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 27 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011123503) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van een indicatie voor een mastectomie. Er is geen sprake van ernstige pijnklachten en/of een verminking. In het geval van verzekerd kan niet worden gesproken van een gynaecomastie waarbij sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 december 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 januari 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft bij verzekerde het volgende vastgesteld: *"(...) jongen van 16 jaar met sinds 3 jaar bestaande gynaecomastie beiderzijds. Het is meest waarschijnlijk veroorzaakt door fysiologische eerdere piek van oestradiol ten opzichte van testosteron. (...) Aangezien fysiologische gynaecomastie in de mid-pubertijd na 2-3 jaar in regressie gaat, is de verwachting dat het reëel blijft bestaan groot. Derhalve heb ik [verzekerde], na controle echografisch dat het geen vetophoping is, doorverwezen naar de plastisch chirurg voor eventuele cosmetische correctie"*.
- 4.2. Op 1 september 2010 heeft bij verzekerde de behandeling, waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzekerde had last van borstvorming en schaamde zich hier erg voor. Bovendien ondervond hij pijnklachten bij met name sporten en slapen. Diverse onderzoeken wezen uit dat sprake was van ingekapseld weefsel bij de borsten. Volgens diverse artsen zou dit niet meer verdwijnen, zodat de klachten van verzekerde zouden blijven bestaan.
- 4.4. Verzoeker voert aan dat verzekerde en hij zich tot een kinderarts hebben gewend en niet tot een plastisch chirurg, omdat zij daar een beter gevoel bij hadden. Het ingekapselde klierweefsel aan de binnenzijde van de borsten van verzekerde is verwijderd. Aan het uiterlijk van de tepels is niets veranderd. De huisarts en kinderarts onderschrijven de noodzaak van de ingreep.
- 4.5. Van een ingreep van plastisch-chirurgische aard is geen sprake, aangezien de ingreep niet cosmetisch van aard was en verzekerde er een lelijk litteken aan heeft

overgehouden. Verzoeker weet niets af van de gebruikte DBC-code en is ook niet geïnformeerd over het feit dat de ingreep als plastische chirurgie wordt aangemerkt.

- 4.6. Tot slot is volgens verzoeker dezelfde behandeling bij andere kinderen van dezelfde leeftijd met gelijke klachten, wél vergoed, zowel door de zorgverzekeraar als door andere verzekeraars.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde door de huisarts is verwezen naar een kinderarts. De kinderarts heeft een scan gemaakt, en verzekerde doorverwezen naar een plastisch chirurg. Daarnaast is ook een kinderchirurg bezocht. Het advies was om de borstvorming te laten weghalen. Voorts stelt verzoeker dat indien het ziekenhuis een andere DBC-code had gedeclareerd, de ingreep wel zou zijn vergoed. Het ziekenhuis heeft bovendien verteld dat vergoeding vanuit de zorgverzekering mogelijk was. Tot slot voert verzoeker aan dat de zorgverzekeraar enkel heeft gekeken naar de foto's die hij heeft gemaakt van verzekerde. Er is echter meermalen aangegeven dat de situatie niet op een foto was vast te leggen. Bij warm weer was de borstvorming erger.
- 4.8. Verzoeker heeft ter zitting gesteld geen vertrouwen te hebben in de commissie, omdat hij toch al weet wat de uitkomst zal zijn. Hierop heeft hij de telefonische verbinding verbroken. Nadat hij opnieuw werd ingebeld, verklaarde verzoeker geen prijs meer te stellen op een bindend advies.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De bij verzekerde uitgevoerde ingreep is van plastisch-chirurgische aard, aangezien deze een cosmetisch doel kan hebben. Een dergelijke ingreep wordt alleen vergoed indien sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De verminking dient te zijn ontstaan door een ongeval, een ziekte of een geneeskundige verrichting. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het gaan om een ernstige functiebeperking. De medisch adviseur heeft aangegeven dat bij verzekerde verminking niet aan de orde is, aangezien geen sprake is van een duidelijke vervrouwelijking (feminisatie) van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Verder kan niet worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, aangezien de pijnklachten geen duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren van verzekerde. Psychische klachten ten gevolge van een lichamelijke afwijking vormen geen indicatie bij de beoordeling of de ingreep wordt vergoed. De zorgverzekeraar stelt begrip te hebben voor de situatie van verzekerde, maar hij kan niet overgaan tot vergoeding van de ingreep.
- 5.2. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat een medische indicatie en een verzekeringsindicatie dienen te worden onderscheiden. De klachten van verzekerde kunnen tot een medische indicatie leiden, maar vormen op zichzelf geen vergoedingsindicatie. De zorgverzekeraar voert aan dat de behandelend arts van verzekerde een DBC-code heeft gehanteerd die een ingreep van plastisch-chirurgische aard betreft. Derhalve is de situatie van verzekerde terecht getoetst aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van plastische chirurgie. Verzoeker heeft vooraf geen toestemming aangevraagd, en is er zonder meer van uitgegaan dat de zorgverzekeraar de ingreep bij verzekerde zou vergoeden. In het geval van een afwijzing, zoals hier, valt dit dan ook onder zijn verantwoordelijkheid. Bovendien wist verzoeker al in juni 2010 dat de ingreep niet zou worden vergoed, dus ruim voor de ingreep in september 2010. Tot slot stelt de zorgverzekeraar dat iedere individuele situatie wordt getoetst aan de verzeke-

ringsvoorwaarden. De inhoud van de zorgverzekering wordt wettelijk bepaald.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij is gehouden het pakket uit te voeren zoals dat is vastgesteld door de Minister. De zorgverzekeraar stelt dat een arts moet declareren wat is uitgevoerd. In dit geval is een gynaecomastie uitgevoerd, zodat dit ook is gedeclareerd. Tot slot voert de zorgverzekeraar aan dat beoordeling meestal mogelijk is aan de hand van foto's. Alleen bij twijfel wordt een verzekerde opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. Beoordeling van het geschil

6.1. Nu verzoeker ter zitting heeft verklaard geen prijs te stellen op een bindend advies, zal de commissie niet overgaan tot beoordeling van het geschil. De commissie stelt vast dat partijen geen overeenstemming hebben bereikt over de onderhavige kwestie.

7. Het bindend advies

7.1. De commissie stelt hetgeen onder 6.1 is omschreven vast.

Zeist, 25 januari 2012,

Voorzitter