

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

|               |                                                         |
|---------------|---------------------------------------------------------|
| Partijen      | : A te B tegen C te D                                   |
| Zaak          | : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; mastectomie |
| Zaaknummer    | : 2008.00671                                            |
| Zittingsdatum | : 24 september 2008                                     |

Zaak: 2008.00671 (Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; mastectomie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv en 2.1 Rzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger E te F, hierna te noemen: verzekerde, in deze vertegenwoordigd door de G te H.

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 22 februari 2007 een door verzekerde ondergane mastectomie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige behandeling was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens is ten behoeve van verzekerde een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, te weten: aanvullende verzekering jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "Gynaecomastie links". De behandelend plastisch-chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op "excisie borstklierweefsel links en postoperatief onderzoek" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 11 september 2006 heeft de behandeling, op de verstrekking waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 17 februari 2008 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 29 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 augustus 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Bij brief van 5 augustus 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat verzekerde geen (verzekerings)indicatie had voor de door hem ondergane behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 24 september 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 30 september 2008 heeft de commissie aan het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 2 oktober 2008 de commissie meegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.11. Met de brief van 12 november 2008 heeft de commissie het Maxima Medisch Centrum vragen gesteld over diens contract met de zorgverzekeraar en de nota. Het Maxima Medisch Centrum heeft met de brief van 26 november 2008 de vragen van de commissie beantwoord. Op 4 december 2008 is de betreffende correspondentie ter kennisname aan partijen verstuurd. Tevens is het CVZ gevraagd of het ingenomen standpunt wijzigt door deze nieuwe informatie. Het CVZ heeft de commissie op 9 december 2008 medegedeeld dat de informatie geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzekerde in zijn doen en laten werd belemmerd door een zwelling in zijn borst. Verzekerde is een sportief type en lid van een voetbalvereniging. Medio 2006 heeft verzekerde gezegd te willen stoppen met voetbal, omdat hij tijdens deze contactsport niet meer op een normale manier kon functioneren vanwege de pijn aan zijn borst. Verzoeker stelt dat de huisarts en de plastisch-chirurg hebben verklaard dat de ingreep noodzakelijk was.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat een vermoeden van kanker bestond, hetgeen geleid heeft tot het op kweek zetten van weefsel.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in de situatie van verzekerde sprake is van een ingreep van plastisch-chirurgische aard. Deze behandelingen worden getoetst aan artikel 9 van de zorgverzekering. Slechts in een beperkt aantal situaties komen plastisch-chirurgische ingrepen voor vergoeding in aanmerking. Er is geen sprake van een ernstige verminking of van een lichamelijke functiestoornis. Uit de overgelegde foto's van vóór de ingreep blijkt niet dat sprake is van borstvorming vergelijkbaar met Tannerstadium M4. Tevens heeft verzekerde geen proefperiode met pijnstilling doorlopen.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de onderhavige aanvullende ziektekostenverzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de mastectomie van verzekerde ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis. Plastische en/of reconstructieve chirurgie is vermeld in artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 9 lid c bepaalt wanneer aanspraak op plastische-chirurgie bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover hier relevant houdt artikel 9 lid c het volgende in:

*"c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard*

*Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:*

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
  - 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- (..)"*

- 7.2. De regeling van artikel 9 lid c is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. In lid 1 onder b is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen.

Hiertoe behoren onder andere afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

- 7.4. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of bij verzoeker sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 7.6. Voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals voor het geval bij verzekerde aanwezige pijnklachten aan zijn borst (het borstklierweefsel), geldt dat het daarbij allereerst moet gaan om ernstige pijnklachten van zodanige aard dat deze een duidelijke blijvende belemmering vormen in het normale dagelijks functioneren.
- 7.7. Voorts dienen de klachten voor een daaraan te verbinden vorm van (ernstige) lichamelijke functionele stoornis, niet alleen ernstig maar ook objectiveerbaar te zijn. Hiervoor is van belang dat de pijnklachten worden veroorzaakt door – in het onderhavige geval – de gynaecomastie zelf, zonder enige wezenlijke wijze van beïnvloeding van buitenaf. De door verzekerde gestelde pijnklachten staan in relatie tot aanraking, met name tijdens het sporten. Op grond hiervan is onvoldoende aannemelijk dat sprake is van pijnklachten in de bovenbedoelde objectiveerbare zin en dus ook niet van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 9 van de zorgverzekering.
- 7.9. Evenmin is gebleken van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Daargelaten nog dat in de situatie van verzekerde niet gebleken van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, is naar het oordeel van de commissie van verminking in de zin van artikel van de zorgverzekering slechts sprake in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die niet in het normale dagelijkse verkeer kan worden gecamoufleerd. Bij gynaecomastie gaat het om een verminking wanneer zich daarbij een duidelijke feminisatie voordoet van de borst. Dat laatste is in de procedure gesteld noch gebleken.
- 7.10. Tijdens de hoorzitting is door verzoeker gesteld dat het vermoeden bestond dat verzekerde kanker had. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt. Sinds 1 januari 2005 worden ziekenhuisbehandelingen gedeclareerd op basis de zogenoemde Diagnosehandelcombinatie (DBC)-systematiek. De commissie constateert dat de door de behandelend specialist gehanteerde DBC-code, te weten: 03110003160202, staat voor: reguliere zorg, gynaecomastie, hypertrofie van mamma, operatief met dagopname(n). Door de behandelend specialist is geen DBC-code gehanteerd die ziet op een oncologische behandeling.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 januari 2009.

Voorzitter