

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C en E, beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; gynaecomastie
Zaaknummer : 2009.00231
Zittingsdatum : 12 augustus 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 november 2008 een door verzekerde ondergane gynaecomastie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker – volgens het polisblad – bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van Hoofdverzekering. Het product Hoofdverzekering wordt door de ziektekostenverzekeraar echter niet als zodanig aangeboden. Gezien de tussen partijen gevoerde correspondentie zal echter bedoeld zijn de Zorg-op-Maatpolis. Aangezien verzoeker de toepasselijkheid van de Zorg-op-Maatpolis (verder: zorgverzekering) niet heeft bestreden, zal in het kader van de onderhavige procedure van deze zorgverzekering worden uitgegaan. Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: “gynaecomastie re”. Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op “vergoeding van de kosten van een gynaecomastie rechts” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 27 juni 2008 heeft de behandeling, op de verstrekking waarvan verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 19 maart 2009 laten weten geen ruimte te zien voor bemiddeling.

- 3.6. Bij brief van 27 april 2009 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 (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 9 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 juni 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft doen weten telefonisch aan de hoorzitting deel te willen nemen.
- 3.10. Bij brief van 11 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 juni 2009 heeft het CVZ 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 (meer) kan worden vastgesteld of verzoeker al dan niet een indicatie had voor de gevraagde behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker is op 12 augustus 2009 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Naar aanleiding van hetgeen tijdens de hoorzitting is gesteld, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht bij het ziekenhuis navraag te doen naar de juistheid van de gedeclareerde DBC-code.
- 3.12. Bij brief van 10 september 2009 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de aanvullende informatie, die haar in vervolg op de hoorzitting werd toegestuurd, gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de aanvullende informatie aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopige advies. Bij brief van 30 september 2009 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ was van oordeel dat verzoeker, op basis van de thans beschikbare informatie, geïndiceerd is voor de betreffende medisch specialistische behandeling. De aanspraak dient echter te worden afgewezen, omdat niet is gebleken dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling om toestemming heeft gevraagd.
- 3.13. Een afschrift van het definitief CVZ-advies is op 9 oktober 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij vóór de operatie in zijn doen en laten werd belemmerd door een zwelling in zijn borst, die snel

groeide. Zijn huisarts heeft verklaard dat de ingreep noodzakelijk was.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de behandelend artsen bevreesd waren dat het zou gaan om een kwaadaardige tumor. Daarom diende hij geopereerd te worden. Het bleek echter geen tumor te zijn. Verzoeker is niet geholpen door een plastisch chirurg maar door een chirurg. Verzoeker stelt dat hij is verwezen door zijn huisarts en dat hij erop mag vertrouwen dat als een chirurg hem behandelt, de kosten daarvan vergoed worden.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in de situatie van verzoeker sprake is van een ingreep van plastisch-chirurgische aard. Deze behandelingen worden getoetst aan artikel 20 van de zorgverzekering. Slechts in een beperkt aantal situaties komen plastisch-chirurgische ingrepen voor vergoeding in aanmerking. De vraag is of sprake is van een ernstige verminking of van een lichamelijke functiestoornis. De ziektekostenverzekeraar meent dat geen van de hiervoor genoemde indicaties bij verzoeker aan de orde was.

5.2. Ter zitting is door ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor het antwoord op de vraag of de behandeling vergoed kan worden niet van belang is wie de operatie uitvoert, maar dat daarvoor de aard van de operatie bepalend is. Achteraf is niet meer te bepalen hoe ernstig de situatie was; er kan dus thans niet meer getoetst worden of aan de polisvoorwaarden is voldaan.

5.3. De ziektekostenverzekeraar 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.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de gynaecomastie ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een naturapolis. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover hier relevant luidt artikel 20 als volgt:

“lid 1

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 31.

(...)

Voorwaarden toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;

(...)

lid 4 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

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

a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

(...)

Voorwaarden toestemming:

toestemming vooraf is vereist. De aanvraag omvat een omschrijving van de gevraagde behandeling.

(...)"

- 7.3. De regeling van artikel 20 is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het geschil, zoals omschreven onder 7.1, spitst zich toe op de vraag of sprake is van een plastisch chirurgische, dan wel een 'reguliere' medisch specialistische ingreep. Vervolgens dient te worden nagegaan of een (verzekerings) indicatie aanwezig was en of de ontbrekende toestemming verzoeker kan worden tegengeworpen.
- 7.7. Tijdens de hoorzitting is door verzoeker gesteld dat het vermoeden bestond dat sprake was van een kwaadaardige tumorgezwel. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt. Sinds 1 januari 2005 worden ziekenhuisbehandelingen gedeclareerd op basis de zogenoemde DiagnoseBehandelCombinatie (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 derhalve geen DBC-code gehanteerd die ziet op een oncologische, althans een andere dan plastisch chirurgische behandeling.
- 7.8. Naar aanleiding van het gestelde tijdens de hoorzitting is via de ziektekostenverzekeraar nadere informatie opgevraagd bij het Ikazia ziekenhuis. De heer dr. R.U. Boelhouwer, chirurg, heeft verklaard dat voorafgaand aan de ingreep niet was uitgesloten

dat sprake was van een tumor. Pas achteraf is vastgesteld dat de zwelling goedaardig was. De heer Boelhouwer benadrukt dat als na de ingreep blijkt dat de zwelling goedaardig is, de DBC daarop aangepast moet worden; ook als vooraf het vermoeden van een kwaadaardige tumor bestond.

- 7.9. Naar aanleiding van de toelichting van de chirurg heeft de medisch adviseur van het CVZ geoordeeld dat maligniteit niet kon worden uitgesloten en dat verzoeker geïndiceerd was voor de onderhavige medisch specialistische behandeling. De commissie neemt kennis van het oordeel van de medisch adviseur van het CVZ en maakt diens oordeel tot het hare.
- 7.10. De commissie overweegt dat nu gebleken is dat sprake is van een geïndiceerde ingreep, beoordeeld dient te worden of verzoeker heeft voldaan aan de overige voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van de ingreep. In dat verband stelt de commissie vast dat in artikel 20 van de ziektekostenverzekering is bepaald dat toestemming vooraf vereist is voor behandelingen van medisch specialistische aard. Niet gebleken is dat verzoeker voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Naar uit de toelichting op de Zvw blijkt, is het aan de zorgverzekeraar om bepaalde zaken in de verzekeringsovereenkomst nader te regelen, onder andere “voor de vraag of, en voor welke vormen van zorg de verzekerde, op straffe van verlies van het recht op een verzekerde prestatie, vooraf een verwijzing van een arts of een toestemming van zijn zorgverzekeraar dient te hebben”.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige kosten en blijft om die reden verder onbesproken.

Werking privaatrecht

- 7.12. De commissie overweegt dat, gegeven het vermoeden van maligniteit, in geval van een tijdige aanvraag daartoe, de ziektekostenverzekeraar geen redelijke grond zou hebben gehad de vereiste toestemming te onthouden. Tegen deze achtergrond zou onverkorte toepassing van artikel 20 van de zorgverzekering leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie is daarom van oordeel dat in dit geval – en onverlet de ten algemene bestaande mogelijkheid een toestemmingsvereiste in de polis op te nemen en dit te hanteren – het ontbreken van de toestemming van de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet kan worden tegengeworpen.

Conclusie

- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 7.14. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het in 7.12 overwogene toe.

- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 18 november 2009,

Voorzitter