



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg  
Zaak : Plastische chirurgie, dubbelzijdige borstverkleining  
Zaaknummer : 201801719  
Zittingsdatum : 23 januari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V., en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid, OHRA Tandengaaf 1500 en OHRA Gezond afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een dubbelzijdige borstverkleining (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 22 oktober 2018 heeft verzoekster 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 december 2018 aan verzoekster gezonden.


- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 december 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 december 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 6 december 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 21 december 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018062069) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat onvoldoende is aangetoond dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 december 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 23 januari 2019 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 Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 januari 2019 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 4 februari 2019 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een borstverkleining beiderzijds. Gelet op de bestaande (medische) klachten is verzoekster van mening dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende aanvraag dient te beoordelen volgens de voorwaarden voor medisch-specialistische zorg in plaats van op basis van de regels voor plastische chirurgie. Mede door de grote borstomvang ondervindt verzoekster slijtage aan haar botten, wat erg pijnlijk is. Daarnaast heeft verzoekster last van smetten. Volgens de betrokken specialisten is de huidige behandeling van de smetklachten niet meer dan symptoombestrijding en vormt alleen een borstverkleining een echte oplossing voor het probleem.
- 4.2. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat hij de kosten van de borstverkleining niet wil vergoeden omdat haar BMI te hoog is. Verzoekster kan zich hierin niet vinden omdat zij een endocrinoloog heeft bezocht en deze geen afwijkingen kon vinden. De diëten die zijn voorgeschreven hebben geen effect gehad en voor veel sporten heeft verzoekster geen tijd. Gelet op deze omstandigheden is het niet redelijk het standpunt in te nemen dat haar BMI te hoog is.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en is door haar ter aanvulling aangevoerd dat zij altijd een actief leven heeft geleid. Door verschillende (persoonlijke) omstandigheden wil zij de komende jaren meer tijd aan andere dingen besteden, waaronder de verzorging van haar echtgenoot. De pijn aan haar lichaam verhindert verzoekster hierbij. Omdat verschillende diëten niet hielpen en ook andere oplossingen geen soelaas boden heeft verzoeksters huisarts uiteindelijk een borstverkleining geadviseerd. Om die reden heeft verzoekster op 14 september 2018 een borstverkleining laten uitvoeren. Over het resultaat is verzoekster erg tevreden.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. De ziektekostenverzekeraar neemt de VAGZ Werkwijzer als leidraad bij de beoordeling van aanvragen. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard komen ten laste komen van de zorgverzekering als sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In het kader van een borstverkleining worden nadere voorwaarden gesteld:
- verzekerde heeft een cup DD of groter (cup D bij geringe lichaamslengte, i.e. < 1.60 m) én,
  - geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten (functiestoornissen) én,
  - conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende BH, pijnstilling en fysiotherapie zijn geprobeerd zonder resultaat, of bij
  - chronische (> 6 maanden), onbehandelbare smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad (functiestoornissen). Bij de behandeling moet de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' zijn gevolgd.

Er is doorgaans géén vergoeding mogelijk bij:

- een BMI > 30
- cup C en kleiner
- mastopathie


-  5.2. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in dit verband aan de orde bij onbehandelbare smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Onbehandelbare smetten zijn smetten in huidplooiën die, ondanks adequate behandeling, niet te voorkomen c.q. te genezen zijn en altijd daar aanwezig zijn. Een operatie is dan nog de enige oplossing. Uit de overlegde stukken blijkt niet dat dit bij verzoekster aan de orde is. Verzoekster is immers niet onder behandeling van een dermatoloog. Ook anderszins is het de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel B.4.5 van de zorgverzekering. Uiteraard is het vervelend voor verzoekster dat zij last heeft van haar botten, maar het is moeilijk vast te stellen in hoeverre een verkleining van de borsten zal bijdragen aan vermindering van deze klachten.

-  5.3. Verder geldt dat doorgaans geen vergoeding mogelijk is bij een BMI van meer dan 30. Het gaat hierbij om een stabiel normgewicht. Uit de aanvraag van de behandelend medisch specialist blijkt dat bij verzoekster sprake is van een BMI van 31,3. De ziektekostenverzekeraar heeft er begrip voor dat verzoekster weinig tijd heeft voor sporten, maar dit maakt niet dat van de voorwaarde moet worden afgeweken. Voor zover verzoekster stelt dat de betreffende behandeling niet moet worden aangemerkt als een plastisch chirurgische behandeling, deelt de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet. De aard van de behandeling bepaalt namelijk of het een plastisch chirurgische behandeling betreft en dit is niet het geval.

-  5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

- 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 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 is gehouden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen 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;*

*(...)*

*Voorwaarden*

*Algemeen*

*De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.*

*(...)*”

8.4. Artikel B.4.5 is volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Geneeskundige zorg, waaronder behandeling van plastisch chirurgische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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. Verzoekster stelt allereerst dat de aanvraag voor de borstverkleining niet moet worden getoetst aan de regels van plastische chirurgie, maar aan de regels van medisch specialistische zorg. De commissie volgt verzoekster hierin niet. De door verzoekster gewenste behandeling, te weten een borstverkleining, is een vorm- of aspect verbeterende ingreep, en daarmee naar zijn aard een plastisch chirurgische behandeling. Vooropgesteld wordt dat in de regelgeving op grond van de Zvw strikte regels zijn vastgesteld voor plastisch chirurgische zorg. Slechts bij een zeer beperkt aantal specifieke (verzekerings)indicaties bestaat aanspraak op vergoeding van een behandeling van plastisch chirurgische aard.

9.2. Op een borstverkleining bestaat aanspraak indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.4.5. van de zorgverzekering. Teneinde te beoordelen of verzoekster aan de in dat verband toepasselijke voorwaarden voldoet, gaat de commissie uit van de VAGZ Werkwijzer. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut. Deze werkwijzer is geen regelgeving, maar wordt gehanteerd om te komen tot een eenduidige uitleg van hetgeen ten aanzien van plastische chirurgie is geregeld in het Bzv en de Rzv. Gezien de wijze van totstandkoming en het doel van de werkwijzer heeft de commissie bij eerder gelegenheden uitgesproken de hierin opgenomen criteria bij haar beoordeling te volgen. In de VAGZ Werkwijzer is bepaald dat vergoeding van een dubbelzijdige borstverkleining mogelijk is indien wordt voldaan aan de volgende criteria: (i) cup DD of groter (cup D bij geringe lichaamslengte van 1.60m of kleiner), én (ii) geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten, én (iii) conservatieve behandelingen zijn geprobeerd zonder resultaat, of (iv) chronische, onbehandelbare smetten waarbij voldoende hygiënische maatregelen en adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad. Er is doorgaans geen vergoeding mogelijk bij een BMI groter dan 30, aldus de VAGZ Werkwijzer.


9.3. Vast staat dat verzoekster een lichaamslengte heeft van 1.60m en een cupmaat D. Daarnaast is door verzoekster gesteld dat zij last heeft van haar botten. Om te kunnen spreken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dient aannemelijk te zijn dat de klachten worden veroorzaakt door de zwaarte van de borsten. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een dergelijk oorzakelijk verband moeilijk is vast te stellen en verzoekster is niet erin geslaagd het bestaan hiervan aannemelijk te maken. Zo zijn door haar geen verklaringen van haar artsen overgelegd waaruit is op te maken dat de (pijn)klachten van de botten worden veroorzaakt door de zwaarte van de borsten. Verder kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in geval van chronisch onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien die altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Door verzoekster is weliswaar gesteld dat zij last heeft van

 smetten, maar door haar is niet aannemelijk gemaakt dat het smetten onbehandelbaar is. Zo is gesteld noch gebleken dat verzoekster hiervoor onder behandeling is (geweest) van een dermatoloog.


 9.4. Verminking is aan de orde in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.

 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering heeft voor een dubbelzijdige borstverkleining. Gelet op deze conclusie kan in het midden blijven welke consequenties al dan niet zijn te verbinden aan de (geringe) overschrijding van de BMI.


 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

**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, 6 februari 2019,

 G.R.J. de Groot