



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, 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, borstcorrectie

Zaaknummer : 201600341

Zittingsdatum : 26 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ComfortPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een borstcorrectie door middel van een LD flap. (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 december 2015 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 25 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Bij brief van 17 februari 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 10 mei 2016 (met een aanvulling bij brief van 30 juni 2016) 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).
- 3.5. 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.


- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juli 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 13 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016099177) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. *"Verzoekster heeft last van veel pijn door haar borsten. Echter deze pijnklachten lijken mogelijk ook verklaard te kunnen worden door andere aanwezige ziektebeelden. Het is dus niet aantoonbaar dat de klachten komen door de vorm van de borsten."*  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting 5 oktober 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 31 oktober 2016 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 november 2016 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. De behandelend plastisch chirurg heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Patiënte is 42 jaar oud en heeft erg veel problemen met haar beide mammae. De voorgeschiedenis vermeldt een gastric bypass in maart 2014 (Tilburg) waarna zij 50 kg is afgevallen. Patiënte heeft een lengte van 1.69m en is inmiddels al een jaar stabiel op een gewicht van 76 kg. Patiënte heeft thans veel last van slap hangende en pijnlijk trekkende borsten. Zij is van een FF-cup naar een C/D-cup gegaan. Patiënte vraagt mij naar de mogelijkheden ter correctie hiervan; (...)"*

*"(...) Slappe ptosis en volumeverlies mammae na extreem gewichtsverlies. De tepel-jugulum afstand bedraagt beiderzijds 27 cm, de tepel-IMF 10 cm. De bovenste kwadranten van beide mammae zijn "leeg". Ook slap axillair huidsurplus. Ptosis graad 3. Pittsburgh rating scale 2. Advies: Correctie van beide mammae middels een Rubin plastiek. D.w.z. een mastopexie met volumeherstel door dermaglandulaire fasciocutane transposielappen van axillair/mediaal huidsurplus; (...)"*


- 4.2. Verzoekster heeft op 26 maart 2014 een gastric bypass ondergaan. Zij is hierdoor in een korte periode 55 kilogram afgevallen. Gezien het feit dat het ontstaan van overtollig vel een onontkoombaar gevolg was van de operatie, is het logisch dat verzoekster ervan uit is gegaan dat ook de borstcorrectie zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar had verzoekster hierover destijds duidelijker moeten informeren. In plaats van te worden geholpen, wordt verzoekster nu opnieuw geconfronteerd met problemen. De geest van de ziektekostenverzekering is te voorkomen dat mensen met hoge medische kosten worden geconfronteerd. Immers, eenieder wordt daarom verplicht hiervoor premie te betalen.


 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende gekeken naar de (pijn)klachten van verzoekster. Zij ondervindt veel beperkingen door het overtollig vel. Zo worden haar pijnklachten in verband met fibromyalgie en het syndroom van Tietse verergerd. Verzoekster heeft verder ernstige pijn aan de schouders en rug en kan niet lang in één houding zitten, staan of liggen. Voorts moet zij altijd een beha dragen om het hangen van de borsten op te vangen, hetgeen leidt tot irritatie van de huid. Vanwege haar immuunstoornis, astma, fibromyalgie, reuma en depressiviteit is verzoekster vaak bedlegerig, maar als gevolg van het overtollig vel en de pijnklachten kan zij haast niet liggen. Kortom, verzoekster ondervindt enorm veel (pijn)klachten en kan hierdoor niet functioneren in het dagelijks leven.


 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij inmiddels een lening heeft afgesloten om de operatie zelf te bekostigen. Verzoekster vindt dat zij niet netjes wordt behandeld en zou graag in overleg willen komen teneinde een oplossing te bereiken.


 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar


 5.1. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard worden vergoed als sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Voorts mag zorg slechts worden vergoed indien de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar stelt dat de onderhavige operatie wordt verricht bij een borstreconstructie na amputatie in verband met borstkanker. In de situatie van verzoekster is daar - gelukkig - geen sprake van. Hierdoor is de borstcorrectie bij verzoekster niet aan te merken als doelmatige zorg. Op basis van de overlegde foto's concludeert de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar verder dat geen sprake is van verminking. Voorts kunnen de pijnklachten niet zonder meer in verband worden gebracht met het uiterlijk van de borsten, waardoor ook een aantoonbare lichamelijke functiestoornis ontbreekt.

 5.2. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat het opmerkelijk is dat de gastric bypass in het verleden voor verzoekster is vergoed, maar vervolgens niet de correctie van de hangende borsten als gevolg van het gewichtsverlies. Dit komt omdat iedere aanvraag moet worden getoetst aan de betreffende voorwaarden van de ziektekostenverzekering. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden die gelden voor een borstcorrectie.


 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat overleg niet nodig is aangezien de stukken duidelijk genoeg zijn om tot een beoordeling te komen.

 5.4. 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. 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:

*"(...) 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.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11 lid 1 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. Behandelingen 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. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B.4.5., dekking voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, waaronder een borstcorrectie, indien bij de verzekerde sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.
- 9.2. Wat betreft de eerstgenoemde (verzekerings)indicatie geldt het volgende. Verzoekster stelt dat zij door haar overtollige huid veel pijn ondervindt en hierdoor niet lang in een houding kan zitten, staan of liggen. In combinatie met haar andere aandoeningen is dit voor verzoekster enorm lastig. Hoewel

de commissie niets wil afdoen aan de door verzoekster ondervonden pijnklachten, moet worden vastgesteld dat niet aannemelijk is gemaakt dat deze klachten het gevolg zijn van het afhangen van de borsten, en dat de aangevraagde behandeling de pijnklachten zal verhelpen.

- 9.3. Verder kan sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn door de 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. In de procedure is gesteld noch gebleken dat verzoekster in verband met het smetten onder behandeling is of is geweest van een dermatoloog, zodat niet kan worden gesproken van "onbehandelbaar" smetten.
- 9.4. Van verminking is slechts sprake 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 aangezichtszenuw, 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. Aangezien bij verzoekster geen (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden, kan hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd met betrekking tot de doelmatigheid van de behandeling verder onbesproken blijven. Verzoekster heeft geen aanspraak op de aangevraagde borstcorrectie door middel van een LD flap ten laste van de zorgverzekering.

#### **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, 9 november 2016,

A.I.M. van Mierlo