



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen OHRA
Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektelastenverzekeringen N.V., beide te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining, berekening cupmaat
Zaaknummer : 201700184
Zittingsdatum : 5 juli 2017



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 6:238 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Tandengaaftanden 750 en Gezond zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een dubbelzijdige borstverkleining (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 november 2016 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 22 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzekerde op te roepen voor het spreekuur van zijn medisch adviseur. Het bezoek aan het spreekuur heeft geen wijziging van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar tot gevolg gehad.
- 3.4. Bij brief van 17 april 2017 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 22 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 mei 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 juni 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017023530) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat bij verzekerde sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 juni 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 10 juli 2017 heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie over te leggen. Bij e-mailbericht van 11 juli 2017 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Kopieën van de overgelegde foto's en van de rapportage van de behandelend fysiotherapeut van verzekerde zijn op 14 juli 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.11. Bij brief van 25 juli 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 augustus 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Wel merkt het Zorginstituut op dat verzoekster haar stelling - dat sprake is van geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang en dat conservatieve maatregelen geen resultaat hebben gehad - nog steeds niet voldoende heeft onderbouwd. Uit de brief van de fysiotherapeut blijkt niet dat verzekerde fysiotherapie heeft gehad. Verder kan uit de overgelegde bonnetjes niet worden opgemaakt of de bh's passend waren en de juiste ondersteuning hebben gegeven. Een afschrift van dit advies is op 7 augustus 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 12 augustus 2017 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Op 6 september 2016 heeft de huisarts over verzekerde het volgende verklaard: "(...) *Op het spreekuur zag ik 15-jarige patiënte (...) met een wens tot mammareductie. Patiënte heeft cupmaat F, stabiel sinds 1 jaar. Zij ervaart pijnklachten aan de borsten (...), nek-schouderklachten en cosmetische bezwaren. Graag zou zij de opties van mammareductie (ingreep, leeftijd) met u willen bespreken. Graag uw beoordeling en advies hierin. (...)*"

- 4.2. Verzekerde heeft een tenger postuur en veel last van borst-, rug-, nek- en schouderpijn. Zij huilt regelmatig vanwege voornoemde pijnklachten. Fysiotherapie en het dragen van goede beha's bieden geen uitkomst. Verzoekster vindt het geen optie dat verzekerde levenslang pijnstillende medicatie moet gebruiken vanwege de pijn die zij ervaart als gevolg van de omvang van haar borsten. Voor de pijnklachten heeft verzekerde de huisarts geconsulteerd en deze heeft haar doorverwezen naar een plastisch chirurg. De behandelend plastisch chirurg oordeelde direct dat de borstomvang van verzekerde niet past bij haar tengere lichaamsbouw en dat een dubbelzijdige borstverkleining in haar geval is aangewezen. Nadien is een tweede plastisch chirurg geconsulteerd die tot dezelfde conclusie kwam. Op het aanvraagformulier voor de dubbelzijdige borstverkleining heeft de plastisch chirurg vermeld: "(...) *Wat is het gewicht in kilogrammen: 57 kg. Wat is de lengte in centimeters 169 cm. (...) linker cupmaat: F. Rechter cupmaat F. (...) Zijn er geobjectiveerde hoge rug-/nek-/schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang: ja. Hebben conservatieve behandelingen zoals een goede ondersteunende BH, en/of fysiotherapie resultaat gehad: Nee. (...)*". De door de behandelend plastisch chirurg namens verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aangevraagde borstverkleining is nadien door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Verzoekster is het met deze beslissing niet eens.
- 4.3. Bij verzekerde is, blijkens de reeds genoemde verwijfsbrief van 6 september 2016 en de door de behandelend plastisch chirurg bij de ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraag, sprake van cupmaat F. Door tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen is verzekerde uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. In aanwezigheid van verzoekster is verzekerde op 22 maart 2017 door de medisch adviseur onderzocht. Verzoekster heeft bezwaar tegen de manier waarop de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar de borstomvang van verzekerde toen heeft gemeten en vindt hem ten aanzien van het bepalen van de cupmaat onbekwaam. Verzoekster heeft naar aanleiding van voornoemd onderzoek diverse medewerkers van lingeriezaken geconsulteerd ten aanzien van het bepalen van de cupmaat. Voor het correct opmeten van de maat van een beha-band heeft een filiaalmanager van een lingeriezaak verzoekster geïnstrueerd dat de maat onder de borsten strak, zonder kleding, moet worden gemeten. Doet men dit niet, dan kruipt de beha omhoog wanneer de draagster van de beha haar armen omhoog doet. Bovendien wordt met voornoemde methode rekening gehouden met een elastische beha-band. De medisch adviseur heeft de maat onder de borsten gemeten over dunne kleding. Hij had, gelet op hetgeen hiervoor is aangevoerd, de omvang van de borstkas moeten meten zonder kleding. Een medewerkster van een lingeriezaak heeft verzoekster getoond hoe de borstomvang moet worden gemeten voor een juiste bepaling van de cupmaat. Voornoemde medewerkster mat de omvang met een niet-elastisch lint en liet zien hoe strak het lint onder de borst moest worden aangetrokken. De medewerkster van de lingeriezaak heeft bij verzekerde een omvang van 65 centimeter en een borstomtrek van 92 centimeter gemeten. Verzoekster heeft de borstomvang van verzekerde op de door de medewerkster van de lingeriezaak geadviseerde manier gemeten en hiervan foto's gemaakt. Uit deze foto's blijkt dat bij verzekerde sprake is van een borstomtrek van 92 centimeter en een borstkasomvang van 64,5 centimeter. Bij het meten van de borstomvang moet volgens een advies op internet het breedste deel van de borsten worden gemeten met het meetlint 'vrij losjes'. Dat op de eerder genoemde foto's de vinger van verzoekster onder het meetlint valt en de vinger dientengevolge wordt betrokken in de meting, is volgens het advies dat zij van internet heeft gehaald dus juist de bedoeling. Volgens voornoemde methode zou bij verzekerde moeten worden gesproken van cupmaat 65G. Aangezien cupmaat 65G niet bestaat, heeft verzekerde cupmaat 70F. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dacht dat het verschil tussen de door hem gemeten cupmaat C en de door de huisarts, de plastisch chirurg en de medewerkers van verschillende lingeriezaken gemeten cupmaat F wellicht kon worden verklaard door een buitenlandse maatvoering. Verzoekster heeft navraag gedaan en haar is verzekerd dat de beha-maat van verzekerde een Nederlandse maat is. Dat verzoekster geen vertrouwen heeft in het uitgevoerde onderzoek van de medisch adviseur wordt mede veroorzaakt doordat hij vertelde dat wanneer verzoekster de juiste maten had, zij eenvoudig op internet kon opzoeken van welke cupmaat sprake is. Een betrouwbare website was volgens de medisch adviseur de website van Hunkemöller.

- 4.4. De opmerking van de medisch adviseur tegen verzekerde dat zij er prachtig uitzag, vindt verzoekster ongepast, aangezien het een minderjarige betreft en verzekerde lijdt onder haar borstomvang. Verzoekster vindt het erg vervelend dat de cupmaat van verzekerde door de ziektekostenverzekeraar wordt ontkend en dat de problemen van verzekerde door de ziektekostenverzekeraar worden weggewimpeld. Dat verzekerde pijn heeft en dagelijks ongemak ondervindt van haar borstomvang, schijnt niet ter zake te doen.
- 4.5. Verzoekster snapt niet dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan de conclusie van de behandelend plastisch chirurg en de huisarts dat een borstverkleining bij verzekerde gerechtvaardigd is. De plastisch chirurg heeft de ingreep aangevraagd en heeft niet getwijfeld aan vergoeding door de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster is de behandelend plastisch chirurg bij uitstek degene die een goede inschatting kan maken of een borstverkleining medisch noodzakelijk is en of de ziektekostenverzekeraar de ingreep dient te vergoeden.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Aansluitend aan de hoorzitting heeft verzoekster, bij e-mailbericht van 11 juli 2017 foto's overgelegd van beha's die in 2015 en 2016 zijn gekocht, en een rapportage van de fysiotherapeut, gedateerd 10 juli 2017, waarin wordt geconcludeerd dat sprake is van een beeld passend bij pijnklachten LWK en TWK als gevolg van verminderde mobiliteit en stijfheid TWK. Daarbij is er forse hypertomie van de nek- en schouderpijnen. De grote borstomvang heeft invloed op het in stand houden van deze klachten, aldus de fysiotherapeut.
- 4.7. Bij brief van 12 augustus 2017 heeft verzoekster in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut ter aanvulling aangevoerd dat de fysiotherapie die zij de afgelopen zes weken heeft gehad de klachten niet hebben verholpen. Daarnaast heeft verzoekster contact gehad met de behandelend plastisch chirurg en deze heeft aan haar verklaard dat haar borsten niet verder zullen groeien.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekering biedt, gelet op artikel B.4.5 van de verzekeringsvoorwaarden, dekking voor een borstverkleining indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Bij de beoordeling hiervan wordt uitgegaan van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de VAGZ (hierna VAGZ Werkwijzer). In de VAGZ Werkwijzer is beschreven dat in geval van een dubbelzijdige borstverkleining een lichamelijke functiestoornis aan de orde is bij (i) cup DD of groter dan wel cup D bij een lichaamslengte van 160 cm of kleiner, én (ii) geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken worden uitgesloten, én (iii) conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende beha, pijnstilling en fysiotherapie zijn geprobeerd, zonder resultaat, of bij (iv) chronisch, onbehandelbare smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische of farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad. Verminking is aan de orde bij een ernstige, direct in het oog springende misvorming die in ernst te vergelijken moet zijn met een derdegraads brandwond of amputatie van lichaamsdelen.
- 5.2. Uit de door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar verstrekte informatie over verzekerde, te weten een borstkasomvang van 69 centimeter en een borstomtrek van 89 centimeter, blijkt dat bij verzekerde sprake is van cupmaat D. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verzekerde op 22 maart 2017 onderzocht en heeft naar aanleiding van het onderzoek het volgende verklaard: "(...) *Het is een tener jong meisje met forse borsten die aangeeft nek, rug en schouder klachten te ondervinden door de zwaarte van haar borsten. Lichamelijk onderzoek. Bij meting van de borsten en de borstkas volgende metingen: Borstkas = 70 cm Borsten over tepel gemeten met BH aan = 87 cm Cupmaat = C. (...)*" Aangezien voor het bepalen van de cupmaat volgens de ziektekostenverzekeraar geen objectieve maatstaf bestaat, hanteert hij de meest gebruikte methode

die ook wordt gehanteerd in lingeriezaken als Livera en Hunkemöller. De medisch adviseur heeft volgens deze methode de beha-maat bepaald, welke bestaat uit een cijfer en een letter. Het cijfer is de gemeten omvang van de borstkas in centimeters. De omvang van de borstkas wordt direct onder de borsten met een niet-elastisch meetlint gemeten. Voor het bepalen van de letter, wordt de borstomvang over de borsten heen gemeten in centimeters. Verzekerde draagt tijdens deze meting een beha. Het gemeten aantal centimeters wordt uitgedrukt met een letter. Bij verzekerde is gelet op het onderzoek van de medisch adviseur geen sprake van cup E of F, maar van cup C. In de brief van de ziektekostenverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 11 april 2017 verklaart hij het volgende: *"Tijdens het spreekuur komt men uit op een BH maat van 70D."*

- 5.3. Ten aanzien van de door verzoekster overgelegde foto's waarop bij verzekerde een borstomvang van 92 centimeter wordt gemeten, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat ook de vingers van degene die de meting uitvoert bij de borstomvang zijn inbegrepen. Dit heeft tot gevolg dat de borstomvang toeneemt. Bovendien blijkt uit de foto waarop een borstkasomvang van 64 centimeter wordt gemeten dat niet direct onder de borsten wordt gemeten, maar een stuk lager. Verder blijkt uit de foto dat fors wordt ingesnoerd. Dit is geen gebruikelijke methode voor het bepalen van de omvang van de borstkas. Tevens merkt de ziektekostenverzekeraar op dat indien een beha wordt gekocht met een kleinere omvang, bijvoorbeeld 70 in plaats van 75, de cupmaat een maat zal stijgen. Hierdoor kan een vertekend beeld van de cupmaat ontstaan. Daarnaast kunnen de maten per beha, net als overige kledingstukken, variëren.
- 5.4. Gelet op het voorgaande voldoet verzekerde niet aan de voorwaarde ten aanzien van de cupmaat. Verzekerde voldoet ook niet aan de overige voorwaarden. Zo blijkt uit de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens niet dat de pijnklachten in de rug, nek en schouders kunnen worden gerelateerd aan de borstomvang van verzekerde en heeft verzekerde tijdens het onderzoek door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op 22 maart 2017 geen pijnklachten geuit. Gelet op de VAGZ Werkwijzer kan eerst vanaf cupmaat DD redelijkerwijs sprake zijn van pijnklachten die worden veroorzaakt door de omvang van de borsten. Tevens blijkt uit de bij de ziektekostenkostenverzekeraar beschikbare gegevens niet welke conservatieve behandelingen bij verzekerde zijn toegepast vanwege de pijnklachten. Gelet op het voorgaande kan in het onderhavige geval niet worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 5.5. De aangevraagde borstverkleining moet ingevolge artikel A.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden doelmatig zijn. Bij verzekerde moet daarom tevens sprake zijn van een Body Mass Index van 30 of minder én een voltooid en een gestabiliseerd gewichtsverlies gedurende tenminste 12 maanden. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 28 maart 2017 op dat het aannemelijk is dat de borsten van verzekerde de komende jaren nog in grootte zullen toenemen, zodat een borstverkleining op dit moment niet kan worden aangemerkt als doelmatige zorg.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.7. 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 van 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 gehouden is 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
 - Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
 - Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- (...)"*

8.4. 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:

"B.4.5. Plastische chirurgie met of zonder opname

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. (...)
 - 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;
- (...)"*

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:

u hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.

(...)"

8.5. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

"A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

(...) Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt."

- 8.6. De artikelen B.4.1, B.4.5 en A.3.2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, onderdeel b, 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.8. 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.
- 8.9. Artikel 6:238, tweede lid, BW luidt, voor zover hier van belang:
- "Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg."*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzekerde heeft aanspraak op een dubbelzijdige borstverkleining ten laste van de zorgverzekering indien bij haar sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.4.5 van de zorgverzekering. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in dit kader aan de orde in geval van: (i) cup DD of groter (cup D bij een lichaamslengte van 1.60 meter of kleiner), én (ii) geobjectiveerde hoge rug-, 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 of farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad.

- 9.2. Vast staat dat verzekerde langer is dan 1.60 meter, zodat voor aanspraak op een borstverkleining bij haar in ieder geval sprake moet zijn van cupmaat DD of groter. De vraag die partijen onder meer verdeeld houdt, is welke cupmaat bij verzekerde aan de orde is. Verzoekster stelt dat bij verzekerde sprake is van cupmaat F. De huisarts, de behandelend plastisch chirurg en vijf medewerkers van verschillende lingeriezaken hebben in dat verband ten aanzien van verzekerde verklaard dat bij haar kan worden gesproken van cupmaat F. Uit de overgelegde foto's blijkt dat in 2015 en 2016 ten behoeve van verzekerde beha's met de maat 70F zijn aangeschaft. De ziektekostenverzekeraar betwist dat kan worden gesproken van cupmaat F. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verzekerde persoonlijk onderzocht en komt tot de conclusie dat bij verzekerde sprake is van cupmaat C, terwijl in de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 11 april 2017 wordt gesproken van cupmaat 70D. Ten aanzien van de vaststelling van de cupmaat overweegt de commissie het volgende. In de verzekeringsvoorwaarden is met betrekking hiertoe het volgende opgenomen: *"U hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) (...)"* De ziektekostenverzekeraar heeft voornoemd criterium in de verzekeringsvoorwaarden niet nader uitgelegd, zodat onduidelijk is op welke wijze de cupmaat moet worden berekend. Verzoekster heeft, gelet op de overgelegde documenten van de huisarts en de plastisch chirurg en de foto's van de beha's, naar het oordeel van de commissie aannemelijk gemaakt dat de uitkomst van de berekening kan variëren. Ook de ziektekostenverzekeraar erkent dat bij de keuze voor een strakkere beha-band, de cupmaat kan wijzigen. Daarom is voornoemde voorwaarde niet aan te merken als eenduidig. Op grond van 6:238, tweede lid, BW dient, nu twijfel over de betekenis van voornoemd beding bestaat, de meest gunstigste uitleg voor verzekerde te prevaleren. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzekerde, afhankelijk van de wijze van berekenen, voldoet aan het door de ziektekostenverzekeraar gestelde criterium van een cupmaat DD of groter, waarbij in het midden kan blijven of bij haar inderdaad sprake is van cupmaat F. De cupmaat is evenwel niet het enige criterium in dit verband. Er moet daarnaast sprake zijn van lichamelijke functiestoornissen.
- 9.3. Met betrekking tot de door verzoekster in dit verband gestelde borst-, rug-, nek- en schouderklachten, die zij heeft onderbouwd met een verwijfsbrief van de huisarts, de aanvraag door de plastisch chirurg en de rapportage van de fysiotherapeut, merkt de commissie op dat door de ziektekostenverzekeraar wordt betwist dat voornoemde klachten zijn gerelateerd aan de borstomvang van verzekerde. Verzoekster heeft naar het oordeel van de commissie, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 4 augustus 2017, niet aannemelijk gemaakt dat in het onderhavige geval kan worden gesproken van geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang. Daarbij hecht de commissie met name belang aan voornoemde rapportage van de behandelend fysiotherapeut van 10 juli 2017, waarin is vermeld dat verzekerde een grote borstomvang heeft die de klachten "kan verklaren". Gelet op het woord "kan" zijn andere oorzaken voor de pijnklachten die verzoekster ervaart niet uitgesloten. Door de ziektekostenverzekeraar is tevens betwist dat verzekerde conservatieve behandelingen zonder succes heeft geprobeerd, aangezien uit de beschikbare gegevens niet blijkt welke conservatieve behandelingen zijn toegepast. Naar de commissie uit de rapportage van de fysiotherapeut opmaakt, heeft verzekerde nog geen fysiotherapie gehad. Voorts kan uit de informatie met betrekking tot de beha's niet worden geconcludeerd dat deze passend zijn en een goede ondersteuning bieden. Daarbij kan ook een passende beha die goede ondersteuning biedt een probleem met de houding, als oorzaak van de klachten, niet oplossen. Hiervoor is fysiotherapie nodig. Verzoekster heeft naar het oordeel van de commissie daarom niet aannemelijk gemaakt dat verzekerde voldoende conservatieve behandelingen heeft geprobeerd zonder resultaat en dat een borstverkleining nog de enige mogelijkheid is de klachten die verzekerde ervaart weg te nemen. Tot slot is gesteld noch gebleken dat bij verzekerde sprake is van chronisch, onbehandelbaar smetten. Gelet op het voorgaande kan niet worden gesproken van een lichamelijke functiestoornis in de zin van artikel B.4.5 van de zorgverzekering.
- 9.4. Van verminking is 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. Hiervan is bij verzoekster echter niet gebleken. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval derhalve geen sprake.

- 9.5. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name dat de huisarts en de behandelend plastisch chirurg de borstverkleining medisch noodzakelijk vinden en dat zij de medische noodzaak het best kunnen beoordelen, kan niet leiden tot een ander oordeel. Er bestaat immers een verschil tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie. De behandelend arts beoordeelt of een medische indicatie voor een behandeling bestaat; de ziektekostenverzekeraar bepaalt aan de hand van de polisvoorwaarden of een behandeling voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komt (verzekeringsindicatie).

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een borstverkleining beiderzijds, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

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, 16 augustus 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester