



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining  
Zaaknummer : 201600552  
Zittingsdatum : 14 december 2016

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

(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,  
tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (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 IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 een borstverkleining (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 2 december 2015 en 3 februari 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 brieven van 9 februari 2016 en 3 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 25 juli 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 1 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 november 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 november 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 november 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 28 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016129588) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Op basis van het dossier is geen sprake van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van een verminking. Met name is geen verband aantoonbaar tussen de aangegeven klachten en de omvang van de borsten en zijn er geen aanwijzingen dat sprake is van ernstige bewegingsbeperkingen of van chronische onbehandelbare smetten."*  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 november 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft op het aanvraagformulier met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard:  
"(...)  
4. De berekende BMI = 32,1 kg/m<sup>2</sup> (...)  
5. Wat is de cupmaat? Links DD Rechts DD (...)  
7. Zijn er geobjectiveerde hoge rug-/nek-/schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang? Ja (...)  
8. Hebben conservatieve behandelingen zoals een goed ondersteunende BH, en/of fysiotherapie resultaat gehad? Nee (...)  
9. Is er sprake van onbehandelbaar smetten? \*\*  
Ja, graag toelichten welke behandelingen er zijn toegepast en welke specialist hierbij betrokken is geweest: status na bariatrische chirurgie, meer dan 50 kg afgevallen, meer dan jaar stabiel op gewicht (...)"
- 4.2. Verzoekster stelt dat de aanvraag voor een borstverkleining inmiddels tot drie keer toe is afgewezen. De reden hiervan is dat haar BMI hoger is dan 30, waardoor de risico's van een verstoorde wondgenezing en complicaties tijdens de operatie zijn verhoogd.  
Verzoekster deelt mede dat zij in 2013 een gastric bypass heeft ondergaan. De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie heeft de 'Richtlijn contourherstellende post-bariatrische chirurgie' (hierna: de richtlijn) opgesteld. In de richtlijn is een aanbeveling opgenomen met betrekking tot de BMI voor patiënten die contourherstellende operaties behoeven, zoals een borstverkleining, na bariatrische chirurgie. De richtlijn gaat uit van een BMI gelijk aan of lager dan 35. Verzoekster heeft een BMI van 32,1. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op de betreffende richtlijn. De ziektekostenverzekeraar stelt echter dat de BMI bij een borstverkleining niet hoger mag zijn dan 30. Bij een buikwandcorrectie mag de BMI daarentegen wel hoger zijn dan 30, namelijk maximaal 35.
- 4.3. In de VAGZ 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard' (hierna: VAGZ werkwijzer) staat dat "doorgaans" geen vergoeding mogelijk is bij een BMI hoger dan 30. Aan de ziektekostenverzekeraar is gevraagd in welke situaties dan wél een vergoeding mogelijk is. Hij heeft hierop geantwoord dat van de VAGZ werkwijzer kan worden afgeweken in die gevallen waarin zonder risico op gezondheidsproblemen een plastisch chirurgische ingreep kan worden uitgevoerd. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat de richtlijn een belangrijke informatiebron is om in specifieke situaties tot een juiste beoordeling te komen. In casu heeft de ziektekostenverzekeraar geen rekening gehouden met de aanbevelingen in de richtlijn. Hij heeft besloten verzoekster uit te nodigen op het spreekuur van de medisch adviseur, opdat een goede persoonlijke beoordeling kan plaatsvinden.

Gelet op dit antwoord, ging verzoekster zonder meer ervan uit dat het spreekuurbezoek zou zien op de vraag of in haar geval een BMI van hoger dan 30 zou kunnen leiden tot gezondheidsproblemen.

- 4.4. Tijdens het spreekuur heeft verzoekster verklaard dat zij eerder een lower-bodylift en een MACS-lift heeft ondergaan. Beide ingrepen zijn probleemloos verlopen. Het wondoppervlak was groot en is goed genezen. Verzoekster is van mening dat hiermee is bewezen dat geen risico bestaat op een verstoorde wondgenezing en/of complicaties tijdens de operatie, zodat de afwijzing ongegrond is. Tot verbazing van verzoekster besteedde de medisch adviseur hieraan echter weinig aandacht. Hij vroeg niet naar specifieke gegevens omtrent voornoemde operaties, maar informeerde alleen naar nek- en schouderklachten, en of deze klachten na de gastric bypass waren verergerd. Hij heeft voorts niet gevraagd naar de beperkingen die verzoekster ondervindt of naar de behandelingen die zij heeft gehad of nog krijgt in verband met nek- en schouderklachten. De ziektekostenverzekeraar heeft de uitkomst van het spreekuurbezoek bij brief van 21 juni 2016 toegelicht. De medisch adviseur is van mening dat geen sprake is van een dreigende medische calamiteit of zeer ernstige geobjectiveerde nek- en/of schouderklachten. Verder stelt hij dat post-bariatrische chirurgie geen voorwaarde is die wordt meegenomen in de beoordeling van de aanvraag voor een borstverkleining. Volgens verzoekster strookt dit niet met hetgeen de ziektekostenverzekeraar eerder heeft gemeld, namelijk dat de richtlijn een belangrijke informatiebron is om tot een juiste beoordeling te komen.
- 4.5. Het is voor verzoekster onacceptabel dat voor het eerst tijdens haar bezoek aan de medisch adviseur is gesproken over dreigende medische calamiteiten en nek- en/of schouderklachten, en dat de aanvraag vervolgens hierop is afgewezen. Over de oorspronkelijke afwijzing - op grond van haar BMI - wordt niets meer gezegd. Daarbij stelt verzoekster dat de medisch adviseur zich onmogelijk een goed beeld heeft kunnen vormen met betrekking tot haar situatie. Hij heeft niet gevraagd naar haar voorgeschiedenis, beperkingen en de behandeling van haar nek- en schouderklachten. Had hij dit wel gedaan dan wel had verzoekster geweten dat dit een cruciaal punt zou zijn voor de beoordeling, dan zou zij hebben verteld dat zij in 2010 door een val een acute HNP met myelopathie had gekregen, waardoor zij in 2011 en 2012 moest worden geopereerd. Na een revalidatieperiode van zes maanden heeft zij haar werk deels kunnen hervatten met enige aanpassingen, zoals een tweewekelijkse sportmassage ter bestrijding van pijn aan nek en schouders en ter voorkoming van verergering van de klachten, huishoudelijke hulp en minder uren werk. In 2013 heeft verzoekster besloten een gastric bypass te ondergaan om de ballast van haar lichaam blijvend te verlagen. Dit heeft geresulteerd in een gewichtsverlies van meer dan 50 kilogram. Een borstverkleining zou verlichting bieden voor de 'zwaartekracht' die de 'uitgezakte' borsten uitoefenen op haar nek en schouders, zodat het leven van verzoekster weer iets beter zou zijn.
- 4.6. Bij brief van 11 juli 2016 biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan voor het niet eerder toelichten dat alleen in uitzonderlijke situaties een goedkeuring wordt gegeven voor een borstverkleining bij een BMI hoger dan 30. Verzoekster meldt dat deze excuses voor haar geen waarde hebben. De ziektekostenverzekeraar is nalatig geweest met het verstrekken van informatie, en heeft haar zodoende de kans ontnomen de medisch adviseur een volledig beeld te geven van haar situatie.
- 4.7. Verzoekster meldt verder dat de reden van afwijzing aanvankelijk steeds dezelfde was. Pas tijdens het spreekuurbezoek werd gesproken over 'uitzonderlijke situaties' en 'nek- en/of schouderklachten'. De ziektekostenverzekeraar heeft niet beoordeeld of in haar geval sprake kan zijn van een verstoorde wondgenezing en/of complicaties tijdens de operatie. Verzoekster vindt deze gang van zaken zeer ongepast en onrechtvaardig. De ziektekostenverzekeraar past de richtlijn toe wanneer het hem uitkomt. Hij heeft niet uitgelegd waarom hij bij een buikwandcorrectie deze richtlijn wel hanteert en bij een borstverkleining niet, ondanks dat in de richtlijn staat beschreven dat de BMI bij een borstverkleining niet hoger mag zijn dan 35. Gezien de lange duur van de procedure heeft verzoekster besloten, vanwege haar gezondheid, de operatie in september toch te laten uitvoeren.
- 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 ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor een borstverkleining bij brieven van 2 december 2015 en 3 februari 2016 afgewezen omdat het gewicht van verzoekster te hoog is. Bij het opereren van te zware mensen bestaat een grotere kans op problemen tijdens de operatie. Bovendien is de kans op een blijvend goed en mooi resultaat kleiner.
-  5.2. Bij brieven van 9 februari en 3 maart 2016 deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat de aanvraag opnieuw is beoordeeld. De aanvraag is wederom afgewezen omdat de BMI van verzoekster te hoog is. In de Zorgverzekeringswet is bepaald dat voor een borstverkleining de BMI maximaal 30 mag zijn. Verzoekster heeft in een gesprek toegelicht dat in casu sprake is van een status na bariatrische chirurgie en dat in een dergelijke situatie de BMI 35 of lager mag zijn. De ziektekostenverzekeraar stelt dat dit niet het geval is bij een borstverkleining, maar wel bij een buikwandcorrectie.
-  5.3. Bij brief van 26 april 2016 meldt de ziektekostenverzekeraar dat hij eerder heeft gesteld dat in de Zorgverzekeringswet is bepaald dat een borstverkleining is uitgesloten van vergoeding bij een BMI hoger dan 30. Dit is echter niet correct. In de Zorgverzekeringswet is deze grens niet opgenomen. In de VAGZ werkwijzer staat dat "doorgaans" geen vergoeding mogelijk is bij een BMI hoger dan 30. Dit betekent dat in situaties waarin zonder risico op gezondheidsproblemen een plastisch chirurgische ingreep kan worden uitgevoerd, de ziektekostenverzekeraar kan afwijken van de VAGZ werkwijzer.  
De ziektekostenverzekeraar meldt verder dat de richtlijn een belangrijke informatiebron is om tot een juiste beoordeling te komen in specifieke situaties zoals die van verzoekster. In casu is geen rekening gehouden met de aanbevelingen die zijn genoemd in deze richtlijn. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster uit te nodigen voor het spreekuur van de medisch adviseur, opdat een goede persoonlijke beoordeling kan plaatsvinden.
-  5.4. Bij brief van 21 juni 2016 licht de ziektekostenverzekeraar de uitkomst van het spreekuurbezoek toe. De medisch adviseur heeft getoetst of bij verzoekster een uitzonderlijke situatie aan de orde is, op basis waarvan een uitzondering kan worden gemaakt. De medisch adviseur is van mening dat geen sprake is van een dreigende medische calamiteit of zeer ernstige geobjectiveerde nek- en/of schouderklachten. Het enkele feit dat het om post-bariatrische chirurgie gaat is geen reden goedkeuring te verlenen. Dit betreft namelijk geen voorwaarde die van toepassing is voor de beoordeling van een borstverkleining.
-  5.5. Bij brief van 11 juli 2016 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij in zijn brief van 26 april 2016 had moeten toelichten dat alleen in uitzonderlijke situaties kan worden afgeweken van de VAGZ werkwijzer. De behandelend plastisch chirurg heeft bij de aanvraag vermeld dat sprake is van geobjectiveerde hoge rug-, nek- en/of schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang. De medisch adviseur is op dit punt een andere mening toegedaan. De klachten die de plastisch chirurg beschrijft zijn tijdens het spreekuurbezoek niet vastgesteld door de medisch adviseur. Bij de ziektekostenverzekeraar bestaat geen twijfel over de uitkomst van de beoordeling. Hij ziet dan ook geen reden hierover contact op te nemen met de behandelend plastisch chirurg.
-  5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

-  6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 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 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***“Artikel 20. Plastische en/of reconstructieve chirurgie***

***Omschrijving***

*Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:*

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

***Informatie over behandelingen van plastisch-chirurgische aard***

*In de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ vindt u meer informatie over deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.*

*(...)*

***Toestemming***

*U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. (...)*

8.4. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg, wanneer de verzekerde - gelet op zijn indicatie - hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

8.5. De artikelen 1.2 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. In artikel 2.1 lid 3 Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.7. 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. Op een borstverkleining, zoals door de behandelend plastisch chirurg is aangevraagd ten behoeve van verzoekster, bestaat aanspraak indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 20 van de zorgverzekering. Teneinde te beoordelen of verzoekster aan de in dat verband toepasselijke criteria 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 Zorginstituut Nederland. Deze werkwijzer is geen regelgeving, maar wordt gehanteerd om te komen tot een eenduidige uitleg van hetgeen ten aanzien van plastisch chirurgie is geregeld in het Bzv en de Rzv. 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.
- 9.2. De behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat bij verzoekster sprake is van (onder meer) een status na bariatrische chirurgie en dat verzoekster meer dan 50 kilogram is afgevallen, dat haar BMI 32,1 is en dat haar gewicht meer dan twaalf maanden stabiel is. Voorts is vermeld dat verzoekster kampt met geobjectiveerde hoge rug-, nek- en/of schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang. Verzoekster heeft verklaard dat zij in 2010 ten val is gekomen waardoor zij een acute HNP met myelopathie kreeg. Zij is in 2011 geopereerd waarna zij door intensieve therapie binnen enkele maanden weer op de been was. Na enige tijd namen de klachten echter toe en in 2012 is zij opnieuw geopereerd. Na een revalidatieperiode van zes maanden heeft verzoekster haar werk deels kunnen hervatten met enige aanpassingen, zoals een tweewekelijkse sportmassage om schouders en nek soepel te houden. In 2013 heeft verzoekster besloten een gastric bypass te ondergaan om de ballast van haar lichaam blijvend te verlagen. Een borstverkleining zou nog verlichting bieden van de 'zwaartekracht' die de borsten uitoefenen op haar nek en schouders.
- 9.3. Blijkens de aanvraag is bij verzoekster sprake van geobjectiveerde hoge rug-, nek- en/of schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar stelt zodanige klachten niet te hebben vastgesteld bij het spreekuurbezoek. Dit bevreedt de commissie, in die zin dat verzoekster in 2011 is geopereerd in verband met een acute HNP met myelopathie en hiervan tot op heden klachten ondervindt. Kennelijk is dit tijdens het bezoek aan het spreekuur niet aan de orde geweest, hoewel daartoe - mede gezien de vermelding bij de aanvraag - zeker aanleiding bestond. Nu de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten verder onderzoek te doen naar de aard en de herkomst van de klachten, oordeelt de commissie dat verzoekster voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat zij voldoet aan de eis dat sprake is van geobjectiveerde rug-, nek- en/of schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang. Ten aanzien van de andere, onder 9.1 vermelde voorwaarden zijn partijen niet verdeeld, terwijl de eis met betrekking tot de BMI naar het oordeel van de commissie voldoende ruimte laat om hier in de specifieke situatie van verzoekster - status na bariatrische chirurgie, BMI van 32,1 - van af te wijken.

Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de aanvraag voor de borstverkleining ten onrechte is afgewezen. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de kosten van de operatie alsnog - conform de polisvoorwaarden - aan verzoekster te vergoeden.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. Aangezien het verzoek op grond van de zorgverzekering wordt toegewezen, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen bespreking meer.

#### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

#### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- dient te vergoeden.

Zeist, 8 februari 2017,

A.I.M. van Mierlo