



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, labiacorrectie
Zaaknummer : 201602340
Zittingsdatum : 31 mei 2017



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 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster

tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- 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 grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend Den Haag 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 verzekering Aanvullend Tand 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 labiacorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 september 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 1 november 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 e-mailbericht van 8 januari 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 28 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 april 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 10 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017014798) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"De in het dossier aangegeven klachten zijn niet te beschouwen als aantoonbare lichamelijke functiestoornissen zoals bedoeld in de regelgeving. Uit het dossier blijkt dus niet dat er sprake is van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis of van verminking. De medisch adviseur is van oordeel dat het verzoek terecht is afgewezen."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 april 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft last van haar schaamlippen. Er is sprake van irritatie en hinderlijke klachten, onder andere bij het zitten. Zowel de gynaecoloog als de plastisch chirurg heeft in verband met de klachten een medische noodzaak voor een labiacorrectie vastgesteld. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen. Verzoekster stelt dat bij deze afwijzing de beleving van de ziektekostenverzekeraar doorslaggevend is geweest, zonder dat hij de beslissing daadwerkelijk feitelijk heeft onderbouwd. Verzoekster is van meet af aan verkeerd geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar, hetgeen echter nergens in de correspondentie wordt benoemd.
- 4.2. In het document "Proces_Medische schaamlipverkleining" geeft verzoekster een uitgebreide beschrijving van de contacten die hebben plaatsgevonden. Aan de kant van de ziektekostenverzekeraar is van een transparante communicatie geen sprake. De telefonische contactmomenten en hetgeen verzoekster aan klachten heeft aangeleverd zijn voor haar niet inzichtelijk. Daarnaast heeft zij geen inzage in de communicatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgverlener. Op deze manier is het voor verzoekster onmogelijk zicht te hebben op het feitelijk proces. De bereikbaarheid en de manier van communiceren van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster als vervelend ervaren. Zo kon zij op geen enkele wijze in direct contact komen met de betreffende klachtbehandelaar. Bij het neutrale nummer wist men de klachtbehandelaar niet te vinden en mailverkeer kon in eerste instantie niet plaatsvinden. Als klant werd verzoekster hierdoor steeds op afstand gehouden.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar (en het ziekenhuis) hebben niet adequaat gehandeld, waardoor het proces is vertraagd. Voorts heeft verzoekster haar werkzaamheden moeten stilleggen in de periode rond de operatiedatum, 27 oktober 2016, waardoor zij een verlies aan inkomsten had.
- 4.4. Bij e-mailbericht van 14 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar het over "een ingreep" onder het kopje DBC. Dit is voor verzoekster erg onduidelijk, aangezien de aanvraag is afgewezen, maar hierin wel wordt gesproken van een ingreep.

In hetzelfde e-mailbericht staat dat een medische indicatie vereist is voor een labiacorrectie. Dit komt overeen met hetgeen eerder herhaaldelijk door de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar aan de telefoon is gezegd. Het ziekenhuis heeft echter de medische indicatie reeds afgegeven. Er is nooit gesproken over een verzekeringsindicatie en het verschil met een medische indicatie.

4.5. Door foutieve informatie van de ziektekostenverzekeraar is verzoekster onnodig vaak naar het ziekenhuis geweest. Deze kosten zijn derhalve onterecht in rekening gebracht. Daarnaast heeft dit hele proces haar veel tijd en energie gekost.

4.6. 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 dekking voor een behandeling van plastisch-chirurgische aard indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de regelgeving. Bij een lichamelijke functiestoornis gaat het om objectiveerbare pijnklachten die uitsluitend worden veroorzaakt door de schaamlippen zelf, zonder enige vorm van aanraking of belasting hiervan. Ongemakken bij het bewegen of huidirritatie vallen hier niet onder. Volgens de behandelend plastisch chirurg is bij verzoekster geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Een reductie van de labia is door de plastisch chirurg met verzoekster besproken omdat zij mechanische klachten ondervindt. Dit zijn klachten ontstaan door wrijving en deze vormen geen lichamelijke functiestoornissen. De plastisch chirurg heeft destijds aan verzoekster verteld dat reductie van de labia mogelijk is vanwege de klachten, maar niet op basis van een medische indicatie. Daarnaast heeft de plastisch chirurg bij e-mailberichten van 31 augustus en 6 september 2016 aan verzoekster medegedeeld dat de ingreep niet ten laste kan komen van de zorgverzekering omdat deze niet voldoet aan de voorwaarden. Psychische klachten vormen geen verzekeringsindicatie voor een labiacorrectie.

5.2. Uit de telefoonnotities blijkt niet dat een toezegging is gedaan voor de aangevraagde labiacorrectie. Verzoekster heeft tijdens de telefoongesprekken herhaaldelijk medegedeeld dat de ingreep volgens de arts medisch noodzakelijk is. Dat de zorgverlener een behandeling medisch noodzakelijk vindt, hoeft echter niet te betekenen dat de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt. Een medische indicatie is wat dat betreft iets anders dan een verzekeringsindicatie. Volgens de plastisch chirurg is wel degelijk meerdere malen aan verzoekster verteld dat in haar situatie geen sprake is van een medische indicatie. De verwarring die is veroorzaakt bij verzoekster kan derhalve niet worden toegerekend aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft niet naar een eventuele vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering gevraagd. Indien dit wel was gebeurd, dan zou het antwoord zijn geweest dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor een labiacorrectie.

5.3. Bij de afhandeling van de aanvraag is geen sprake geweest van vertraging aan de kant van de ziektekostenverzekeraar. De aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar op 18 september 2016 ontvangen, vervolgens direct in behandeling genomen, en bij brief van 19 september 2016 afgewezen.

5.4. In het e-mailbericht van 14 oktober 2016 wilde de medewerker van de ziektekostenverzekeraar uitleggen waaruit een DBC bestaat. Dit is een code waarmee het ziekenhuis een behandeling declareert. In een DBC zijn, naast een ingreep, andere zorgactiviteiten opgenomen. De labiacorrectie wordt echter niet vergoed. Op 9 augustus 2016 is door het ziekenhuis een DBC geopend met de code 15C849 en de omschrijving: "Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken en/of dagbehandeling bij een ontsteking aan vrouwelijk(e) orga(a)n(en) in het bekken". Deze DBC heeft een looptijd van 90 dagen en wordt gesloten op 6 november 2016. Verzoekster stelt dat zij vaak naar het ziekenhuis is geweest. Dit heeft echter geen invloed gehad op de hoogte van de rekening. Ongeacht of er één of meerdere consulten en/of behandelingen in de periode van 90 dagen plaatsvinden, het tarief blijft € 448,58.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de gang van zaken erg vervelend is geweest voor verzoekster. Voor de lange wachttijden aan de telefoon en de slechte bereikbaarheid van de betrokken medewerkers zijn haar excuses aangeboden alsmede een bos bloemen.
- 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 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 verzoekster aanspraak heeft op een labiacorrectie, 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 1 tot en met 39 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 25 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- "U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:*
a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)"
- 8.4. Artikel 25 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' 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.
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. Bij de beoordeling van het onderhavige geschil dient te worden vooropgesteld dat in de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving strikte regels zijn vastgesteld voor plastisch-chirurgische zorg. Slechts bij een zeer beperkt aantal specifieke (verzekerings)indicaties bestaat aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard.
-  9.2. In de regelgeving is een tweetal (verzekerings)indicaties opgenomen die in het geval van een labiacorrectie aan de orde zouden kunnen zijn. De eerste betreft de gevallen waarin sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De tweede betreft verminking door ziekte, een ongeval of een medische verrichting.
-  9.3. Bij de eerste categorie - een aantoonbare lichamelijke functiestoornis - gaat het om een aandoening die leidt tot aantoonbare lichamelijke klachten die de verzekerde fors beperken in het functioneren. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de regelgeving, is daarvan slechts sprake als verzekerde objectiveerbare pijnklachten heeft. Dat wil zeggen dat het moet gaan om pijnklachten die uitsluitend veroorzaakt worden door de labia zelf, zonder enige vorm van aanraking of belasting hiervan. Klachten die hinderlijk of vervelend zijn, maar die verzekerde niet fors beperken in het lichamenlijk functioneren, zijn geen reden voor een vergoeding uit de zorgverzekering. Ongemakken bij het bewegen of het zitten, hoe hinderlijk ook, vallen niet onder voormeld begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
-  9.4. Van de tweede categorie - 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 aangezichtszenew, 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. De situatie van verzoekster voldoet, gelet op het vorenstaande, niet aan de zeer strikte voorwaarden die worden gesteld om de ingreep voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Dat mogelijk wel een medische indicatie bestaat, maakt het voorgaande niet anders. Om de labiacorrectie vergoed te krijgen ten laste van de zorgverzekering, dient immers sprake te zijn van een verzekeringsindicatie, en deze ontbreekt.
Hetgeen verzoekster overigens stelt, met name ten aanzien van de bereikbaarheid en de communicatie door de ziektekostenverzekeraar, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

 Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond 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, 31 mei 2017,

A.I.M. van Mierlo