

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, labia correctie
Zaaknummer	: ANO06.144
Zittingsdatum	: 15 november 2006

Zaak: ANO06.144, Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, labia correctie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noeme verzoekster

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 7 maart 2006 inzake de aanvraag tot vergoeding van een labia correctie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna :de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 7 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat bovengenoemde ingreep niet wordt vergoed.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 25 juli 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar de intussen uitgevoerde labia correctie dient te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 22 augustus 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 23 augustus 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is slechts door verzoekster gebruik gemaakt. Verzoekster is op 15 november 2006 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 16 oktober 2006 niet gehoord te willen worden. Bij brief van 27 november 2006 zijn door de zorgverzekeraar enkele schriftelijke vragen van de commissie beantwoord, welke brief per omgaande ter kennisneming aan verzoekster is gezonden.
- 3.9 Bij brief van 14 december 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 15 januari 2006 op de voet van artikel 114, lid 3, van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster is een 20-jarige vrouw die kampte met pijnklachten ten gevolge van een hyper-trofische labia minora links. Zij geeft aan hierdoor moeite te hebben gehad met lopen en fietsen.
- 4.2 Verzoekster stelt dat haar op 20 januari 2006 is toegezegd dat de toestemming voor een labia correctie geen probleem zou opleveren, indien zij in het bezit was van een medische indicatie van een specialist. Deze toezegging zou zijn gedaan op de spreekochtend van één van de zorgwinkels van de zorgverzekeraar. Verzoekster heeft hierop een verklaring van haar huisarts omtrent de medische indicatie aan de zorgverzekeraar doen toekomen.
- 4.3 Op basis hiervan heeft verzoekster besloten een labia correctie te ondergaan; deze ingreep heeft op 3 februari 2006 plaatsgevonden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar is van mening dat verzoekster niet voldoet aan de vereisten, zoals omschreven in de polisvoorwaarden, waaraan voldaan dient te zijn om in aanmerking te komen voor de onderhavige plastisch-chirurgische behandeling. Met name is niet aan te geven waar de grootte van de labia minora pathologisch wordt en functionele klachten aannemelijk. De variatiebreedte in omvang van de labia minora is namelijk zeer groot. Pijnklachten zijn voorts niet aantoonbaar.
- 5.2 Met betrekking tot de vermeende toezegging is de zorgverzekeraar primair van oordeel dat geen rechten kunnen worden ontleend aan mondelinge toezeggingen, te meer nu een machtiging vereist is voor de onderhavige ingreep. Daarbij wordt vanuit de zorgwinkel aangegeven dat verzoekster geen toezegging is gedaan, doch dat slechts is aangegeven onder welke voorwaarden haar verzoek door het hoofdkantoor in behandeling zou worden genomen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties is omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

7.2 Het betreft hier een restitutiepolis. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 2 van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 2, onder c, bepaalt wanneer aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden, waarvan de situaties, beschreven onder a, b en d in onderhavige zaak mogelijk van toepassing kunnen zijn. Het gaat hierbij om:

- “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;*
- d. aangeboren misvormingen: (...) en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.”*

Artikel 2 onder 'uitsluitingen' sluit, in aansluiting hierop, expliciet een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uit. De onderhavige ingreep wordt niet expliciet uitgesloten in artikel 2 van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering.

7.3 De regeling van artikel 2 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 4 van de polisvoorwaarden, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.4 Ten aanzien van het voorgelegde geschil overweegt de commissie als volgt. Artikel 11, eerste lid onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander, conform het derde lid van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. In het eerste lid onder b is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep

slechts onder de geneeskundige zorg valt indien deze strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In het tweede lid wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Op grond hiervan is in artikel 2.1 Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgezonderd.

- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 In het onderhavige geval is niet gebleken dat verzoekster aannemelijk heeft gemaakt dat in haar geval sprake was van een afwijking in het uiterlijk die gepaard ging met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Om van dergelijke afwijkingen te kunnen spreken dient het volgens de commissie te gaan om functiestoornissen van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het al dan niet aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking.
- 7.7 Met betrekking tot de pijnklachten merkt de commissie op dat sprake dient te zijn van objectiveerbare pijnklachten, dat wil in dit geval zeggen pijnklachten die uitsluitend veroorzaakt worden door de hypertrofische labia minora zelf, zonder enige vorm van belasting. De door verzoekster gestelde pijnklachten zijn gerelateerd aan lopen en fietsen, zodat niet met recht gesteld kan worden dat haar pijnklachten ernstig en objectiveerbaar zijn en dat er in die zin kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 2 onder a van de polis.
- 7.8 Evenmin is aannemelijk gemaakt dat sprake is van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Niet alleen zijn de klachten van verzoekster niet terug te voeren op een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, maar bovendien kan, naar het oordeel van de commissie, pas van verminking in de zin van artikel 2 onder b van de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar worden gesproken in geval van een aandoening van zeer ernstige aard.
- 7.9 Tot slot betreft het hier niet een aangeboren misvorming van de geslachtsorganen als bedoeld in artikel 2 onder d van de polis. Van een aangeboren misvorming is sprake indien de misvorming al bij de geboorte aanwezig was. Nu de labia minora zich pas na de geboorte ontwikkelen, kan niet met recht worden gesteld dat het gaat om een misvorming die reeds bij de geboorte aanwezig is. Voor zover gesproken kan worden van een ontwikkelingsstoornis, kan deze, naar het oordeel van de commissie, niet gelijk gesteld worden met een 'verminking' als onder 7.8 beschreven. Gelijk het College voor zorgverzekeringen opmerkt in zijn advies, valt de labia correctie niet onder de geneeskundige zorg die op grond van artikel 2 van de polis van de zorgverzekeraar voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.10 Dit is echter anders, indien de zorgverzekeraar aan verzoekster zou hebben medegedeeld dat de ingreep zou worden vergoed indien verzoekster een verklaring zou overleggen van de medische indicatie van de ingreep. Een dergelijke mededeling, die naar de stellingen van verzoekster aan haar is gedaan op 20 januari 2006 tijdens een spreekuur in het filiaal in Emmen van de zorgverzekeraar, moet naar het oordeel van de commissie worden gezien als een toezegging zijdens de verzekeraar op basis waarvan verzoekster redelijkerwijs mocht aannemen dat vergoeding zou plaatsvinden als de bewuste verklaring werd overlegd. De zorgverzekeraar betwist dat bij die gelegenheid enige toezegging van die strekking is

gedaan. De commissie stelt voorop, zoals reeds eerdere malen door haar is uitgesproken, dat afgaan op mondelinge, niet bevestigde mededelingen voor verzekerde een risico in zich draagt dat in beginsel voor diens rekening komt. Dat laatste sluit niet uit dat er toch bepaalde feiten en omstandigheden kunnen zijn, welke grond kunnen geven voor twijfel of daadwerkelijk sprake is van aan verzekerde toe te rekenen vorm van miscommunicatie over het toestemmingsvereiste. Daarvoor is het volgende van belang.

- 7.11 Verzoekster heeft op 24 maart 2006, naar aanleiding van een afwijzing van 7 maart 2006, zich bij de zorgverzekeraar daarover beklagd met verwijzing naar bovengenoemde mededeling (volgens haar toezegging) die haar 20 januari 2006 zou zijn gedaan. De zorgverzekeraar heeft daarop bij brief van 30 juni 2006 aan verzoekster meegedeeld dat niet meer precies viel na te gaan wat – door wie – destijds aan verzoekster zou zijn gezegd. In die brief concludeert de zorgverzekeraar geen aanleiding te zien tot herziening van haar standpunt. Vervolgens is door verzoekster van de zorgverzekeraar een brief van 17 juli 2006 ontvangen, met alsnog een opgave van wat in het filiaal Emmen zou zijn gezegd. Gegeven zou zijn het advies “Probeer via een medische verklaring de medische noodzaak te onderbouwen”. Daargelaten dat zodanig advies niet direct duidt op een voorbehoud ten aanzien van de verzekerde prestatie van plastische-chirurgie (zoals in de polisvoorwaarden omschreven), valt het de commissie op dat de onderhavige door verzoekster ontvangen brief – welke zich in kopie bij de stukken bevindt – een naamsaanduiding noch een handtekening bevat van degene die zich hier uit naam van de zorgverzekeraar tot verzoekster richt. De commissie stelt in elk geval vast dat de datum van laatstbedoelde brief ligt bijna een half jaar na het bewuste onderhoud in het filiaal in Emmen. Voorzover met die brief zou zijn beoogd duidelijk te maken dat er geen enkele vorm van toezegging is gedaan althans de strekking daarvan te redresseren, is die aanzienlijk te laat. Aan de zorgverzekeraar was bekend dat de ingreep op 3 februari 2006 had plaatsgevonden. Aangezien er bij deze gang van zaken gerede twijfel bestaat over de gegrondheid van de betwisting van het door verzoekster gestelde (over wie wat haar 20 januari 2006 over het toestemmingsvereiste zou hebben meegedeeld), heeft de commissie na de gehouden hoorzitting bij brief van 17 november 2006 aan de zorgverzekeraar nog een aantal vragen doen stellen ter opheldering. De beantwoording van die vragen heeft die twijfel niet bij de commissie kunnen wegnemen. Nu aldus die twijfel is blijven voortbestaan, dient dit in dit geval naar het oordeel van de commissie ten voordele van verzoekster te worden uitgelegd.
- 7.12 Gelet op het feit dat verzoekster een medische verklaring, waaruit de indicatie van de ingreep blijkt, heeft overlegd leidt het voorgaande tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek toe.

8.2 De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 23 februari 2007

Voorzitter