

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, labia correctie
Zaaknummer : ANO07.047
Zittingsdatum : 21 maart 2007

Zaak: ANO07.047, 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 noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 22 maart 2006 inzake de afwijzing van haar 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 22 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 9 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Met geschillenformulier van 22 november 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de intussen uitgevoerde labia correctie te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door 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 3 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 9 januari 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.

- 3.8. Bij brief van 31 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 19 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is ter zitting aan partijen uitgereikt.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 maart 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op de inhoud van het advies van het College voor zorgverzekeringen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 23 maart 2007 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 27 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 2 april 2007 meegedeeld dat uit het verslag van de hoorzitting geen feiten of omstandigheden naar voren zijn gekomen die aanleiding geven zijn eerder uitgebrachte advies te herzien

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 29-jarige vrouw. Blijkens de aanvraag van haar behandelend gynaecoloog heeft zij sinds drie jaar diverse klachten van de labiae.
- 4.2. Verzoekster benadrukt dat de op 19 januari 2006 uitgevoerde correctie een gynaecologische achtergrond had en medisch noodzakelijk was. Zij wijst in dit verband op de verklaring van de behandelend medisch-specialist en tekent aan dat zij de risico's die aan de ingreep verbonden waren – bijv. een niet fraai cosmetisch resultaat – om die reden heeft aanvaard.
- 4.3. Verder merkt verzoekster op dat zij voorafgaand aan de operatie tweemaal telefonisch contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar. Er werd haar toen medegedeeld dat de kosten zouden worden vergoed als de medische noodzaak zou worden aangetoond door de behandelend medisch-specialist. Verzoekster meent dat de zorgverzekeraar geen telefonische toezegging had mogen doen en, nu deze wel is gedaan, de toezegging dient na te komen.
- 4.4. Tot slot brengt verzoekster in dat een zorgverzekeraar ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft. Haar zorgverzekeraar geeft daar echter geen blijk van.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich, onder verwijzing naar de regelgeving in het kader van de Zorgverzekeringswet, op het standpunt dat getoetst moet worden of de correctie strekt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Van dergelijke functiestoornissen is sprake indien zich afwijkingen in het uiterlijk voordoen die er toe leiden dat lichamelijke functies niet meer kunnen worden uitgeoefend. Daarnaast kan sprake zijn van lichamelijke functiestoornissen als de afwijkingen in het uiterlijk bepaalde geneeskundige risico's met zich brengen. Uit de toelichting blijkt dat de functiestoornis objectief aantoonbaar moet zijn. Het dient aannemelijk te zijn dat de aangevoerde lichamelijke functiebe-

perkingen veroorzaakt worden door de te corrigeren lichamelijke afwijking en of de correctie daarvan de klachten zal doen wegnemen. Tevens moet getoetst worden of het aannemelijk is dat het te corrigeren lichaamsdeel de klachten veroorzaakt in een zodanig ernstige mate dat gesproken kan worden van lichamelijke functiestoornissen in de zin van de regelgeving.

- 5.2. Vervolgens verklaart de zorgverzekeraar dat niet eenduidig is aan te geven bij welke mate van hypertrofie van de labia er kan worden gesproken van lichamelijke functiestoornissen. Waar de grootte van de labia minora pathologisch wordt en functionele klachten aannemelijk worden, valt niet aan te geven. Volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar is in de situatie van verzoekster evenwel geen duidelijke indicatie voor de ingreep aanwezig.
- 5.3. Op grond van de regelgeving geldt ten aanzien van de gestelde pijnklachten dat de pijn op zichzelf geen indicatie vormt voor plastische-chirurgie. De oorzaak van de pijn dient objectief te worden bepaald en die oorzaak moet vervolgens een verstrekkings-indicatie zijn, aldus de zorgverzekeraar.
De zorgverzekeraar concludeert dat geen recht bestaat op vergoeding van de onderhavige kosten en voegt hier aan toe dat hierop geen uitzondering kan worden gemaakt omdat de wet- en regelgeving daartoe geen ruimte biedt.
- 5.4. Waar het gaat om de telefoongesprekken is de stelling van de zorgverzekeraar dat de inhoud daarvan niet meer valt te achterhalen. De mate van volledigheid en juistheid van informatie, die door de medewerkers wordt verstrekt, hangt nauw samen met de vraagstelling. Aan mondeling gegeven informatie kunnen overigens geen rechten worden ontleend. Van een schriftelijke bevestiging van de gesprekken is niet gebleken.

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 zijn 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, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. Geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 2 van de

zorgverzekering. Artikel 2 onder c bepaalt wanneer aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden, waarbij 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 vervolgens expliciet een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uit. De onderhavige ingreep wordt in dat verband niet genoemd.

- 7.3. De regeling van artikel 2 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 4 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 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 de vergoeding van de kosten van zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. In lid 1 onder b is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien deze strekt tot correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Op grond hiervan is in artikel 2.1 van de Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgesloten.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie wil primair opmerken dat in casu het specialisme van de behandelend medisch-specialist niet ter zake doet.
- 7.7. De commissie stelt vervolgens vast dat in de situatie van verzoekster, voorafgaande aan de ingreep, geen 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 aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Daarvan is niet gebleken. Met betrekking tot de door verzoekster gestelde pijnklachten merkt de commissie op dat deze objectiveerbaar dienen te zijn. Dat is hier niet aan de orde, zodat ook in die zin niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 2 onder a van de zorgverzekering.
- 7.8. Evenmin is sprake 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 zorgverzekering worden gesproken in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog spring en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijv. kleding.

- 7.9. Ook betreft het hier niet een aangeboren misvorming van de geslachtsorganen als bedoeld in artikel 2 onder d van de zorgverzekering. Van een aangeboren misvorming kan worden gesproken als deze al bij de geboorte aanwezig was. Nu de labia minora zich pas na de geboorte ontwikkelen, kan niet met recht worden gesteld dat aan deze eis is voldaan.
- 7.10. De vraag is tot slot of verzoekster, in afwijking van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, een telefonische toezegging is gedaan dat de onderhavige kosten voor vergoeding in aanmerking komen.
De commissie komt, gelet op hetgeen verzoekster en de zorgverzekeraar dienaangaande hebben aangevoerd, tot het oordeel dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat haar een zodanige toezegging is gedaan. Uit de stukken blijkt dat verzoekster op 19 december 2005 is gezien door de behandelend medisch-specialist. Deze schrijft op 27 december 2005 aan de huisarts: "Zij (verzoekster) werd op de operatielijst geplaatst en zal zelf nog bij haar zorgverzekeraar informeren of deze ingreep vergoed wordt". De commissie leidt hieruit af dat ten tijde van het consult bij verzoekster is aangegeven dat vergoeding van kosten niet direct een gegeven vormde. Zou het anders zijn geweest, dan had de gynaecoloog immers zelf een aanvraag voor een machtiging gedaan.
Op 19 januari 2006 is de ingreep uitgevoerd. Pas daarna is de brief van de gynaecoloog doorgezonden naar de zorgverzekeraar en, na ontvangst op 31 januari 2006, als aanvraag in behandeling genomen. Uitgaande van de lezing van verzoekster had het in de rede gelegen dat zij de zorgverzekeraar direct had geïnformeerd over de medische noodzaak. Deze vormde volgens haar immers het (enige) criterium, zoals zij aangeeft in haar brief van 9 december 2006. Hoewel verzoekster hierover nog geen enkele zekerheid had, heeft zij besloten de operatie te laten plaatsvinden. Daarmee heeft zij het risico op zich genomen dat de kosten hiervan voor haar rekening zouden blijven.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 april 2007,

Voorzitter