

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, labiacorrectie
Zaaknummer : 2010.01088
Zittingsdatum : 3 november 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om een "labiareductie" (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 26 januari 2010 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).
- 3.2. Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor de onderhavige behandeling, zodat deze verzekering buiten beschouwing kan blijven.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 7 augustus 2010 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).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 september 2010 aan verzoekster gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 september 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 november 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.9. Bij brief van 17 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010116338) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 oktober 2010 aan partijen gezonden.
 - 3.10. Verzoekster is op 3 november 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.11. Bij brief van 5 november 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 november 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster een "forse hypertrofie lab(iae) min(ora)" geconstateerd.
 - 4.2. Verzoekster acht het onbegrijpelijk dat zij niet wordt uitgenodigd voor een bezoek aan de adviserend geneeskundige, te meer daar de ziektekostenverzekeraar zelf erop wijst dat moeilijk is te bepalen wanneer sprake is van te grote schaamlippen.
 - 4.3. De stelling van de ziektekostenverzekeraar - dat geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis - wordt bestreden. Zowel bij het urineren als bij het sporten en het seksuele verkeer met haar partner ervaart verzoekster grote functionele problemen. Bovendien ontstaan door het sporten, wat verzoekster dagelijks doet, wondjes ter plaatse.
 - 4.4. Het dragen van bepaalde kleding zou volgens de ziektekostenverzekeraar de klachten voorkomen, terwijl (te) strakke kleding last zou geven. Ondergoed zit echter altijd strak om het lichaam. De door de ziektekostenverzekeraar aangedragen optie de schaamlippen naar binnen te duwen is mogelijk, maar verzoekster vraagt zich af of dit de bedoeling is van schaamlippen. Bovendien 'vallen' de schaamlippen na iedere beweging weer eruit.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar stelling herhaald, dat zij het onbegrijpelijk vindt dat de adviserend geneeskundige haar niet heeft willen onderzoeken en kennis heeft willen nemen van haar klachten. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat het spreekuurbezoek te belastend voor haar zou zijn is onjuist omdat zij immers zelf om een dergelijk bezoek heeft verzocht. Daarnaast is onduidelijk aan welke criteria moet worden voldaan om aanspraak te maken op een labiacorrectie. De criteria die zijn gesteld zijn onmogelijk, en leiden ertoe dat niemand aan deze voorwaarden voldoet. Verzoekster benadrukt dat zij dagelijks last heeft van beperkingen in haar functioneren door de grootte van haar schaamlippen.

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 problemen die verzoekster ondervindt maken niet dat sprake is van een vermindering dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de polisvoorwaarden. Het heeft derhalve geen zin verzoekster uit te nodigen voor het spreekuur van de adviserend geneeskundige.

5.2. De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat verzoekster zich niet gehoord voelt. Verzekerden worden alleen op het spreekuur van de adviserend geneeskundige opgeroepen indien dit mogelijkerwijs zou kunnen leiden tot een toewijzing. Dit is in de onderhavige situatie niet het geval. Daarom is verzoekster – ondanks haar verzoek daartoe – niet opgeroepen. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat verzoekster de klachten ondervindt zoals door haar gesteld en dat zij gebaat zou zijn bij de gevraagde ingreep, doch omdat niet wordt voldaan aan de voorwaarden die de polis stelt om voor vergoeding in aanmerking te komen, kan deze ingreep niet worden vergoed.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op verstrekking van een labiacorrectie ten laste van de zorgverzekering.

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 natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld

in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;

b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);

(...)”

- 8.3. De artikelen 20.4 en 20.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 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 indicaties bestaat aanspraak op behandeling van plastisch chirurgische aard.
- 9.2. De wet- en regelgever heeft in de regelgeving een tweetal indicaties opgenomen die in het geval van een labiacorrectie aan de orde zouden kunnen zijn. De eerste betreft de gevallen waar 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. Daarvan is, gelet op de ontstaansgeschiedenis van de regelgeving, slechts sprake als de verzekerde objectiveerbare pijnklachten heeft. Dat wil zeggen dat het moet gaan om pijnklachten die uitsluitend veroorzaakt worden door de labia minora zelf, zonder enige vorm van aanraking of belasting hiervan. Klachten die hinderlijk of vervelend zijn, maar die de verzekerde niet fors beperken in het lichamenlijk functioneren, zijn geen reden voor een vergoeding uit de zorgverzekering. Ongemakken bij het bewegen, het intravaginaal bewegen van een labium tijdens de coïtus of het vormen van een urinereservoir, hoe hinderlijk en pijnlijk ook, vallen niet onder voormeld begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 9.4. Bij de tweede categorie – verminking – gaat het om ernstige misvormingen van een lichaamsdeel als gevolg van een ziekte, een ongeval of een medische verrichting. Daarbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan brandwonden, ernstige reumatische

vervormingen, zaagverwondingen of borstamputaties. Bij de labia minora is, gelet op de eerst van de hiervoor genoemde situaties, in de regel geen sprake van een ernstige misvorming.

- 9.5. Psychisch lijden vormt geen indicatie voor een plastisch chirurgische behandeling. Psychosociale gevolgen van in dit geval een hypertrofie van de labia minora – zoals niet naar het zwembad of de sauna durven, zich schamen voor de partner waardoor problemen in de (seksuele) relatie ontstaan, geen nieuwe relatie durven aangaan omdat met zich schaamt of gepest wordt – vormen geen reden voor vergoeding van de ingreep.
- 9.6. Dat verzoekster klachten ondervindt als gevolg van de grootte van de labia minora is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. De commissie heeft evenmin reden om de ernst van de door haar geschetste klachten en de ondervonden hinder in twijfel te trekken. De situatie van verzekerde voldoet echter niet aan de zeer strikte voorwaarden die worden gesteld om de ingreep voor vergoeding in aanmerking te laten komen.

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, 1 december 2010,

Voorzitter