

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; labiacorrectie
Zaaknummer : 2009.00236
Zittingsdatum : 4 november 2009

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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 21 juni 2007 een labiacorrectie af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend gynaecoloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Asymmetrische labia, die ook nog eens zeer groot zijn; vanaf de hymenaalrand meer dan 7 cm. Zij ondervindt hier veel last van. Er is geen sprake van een verminking, doch er is wel degelijk sprake van een gestoorde urinestraal, die patiënte veel last bezorgt. Ook is het zo dat patiënte psychische schade ondervindt. Het cosmetische argument bestaat in het geheel niet." De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op "labiacorrectie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 17 augustus 2007, 24 september 2007, 2 juni 2008, 31 juli 2008, 24 september 2008 en 22 december 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij de ongedateerde brief, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 5 juni 2009, heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 30 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 88 september 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 28 september 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 3 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29085006) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking als bedoeld in de regelgeving. Een afschrift van het CVZ-advies is op 1 oktober 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat haar tot twee keer toe telefonisch is medegedeeld dat een machtiging kon worden verleend als de behandelend specialist een aanvraag in zou dienen. Dat is ook gebeurd, maar de zorgverzekeraar bleef afwijzen.
- 4.2. Verzoekster kampt met ontstekingen in de schaamlip die steeds weer terugkomen. Haar huisarts kan de ontstekingen niet behandelen, de enige oplossing is een labia reductie. In het verleden is vanwege ontstekingen tweemaal huid verwijderd uit de liezen, doch dat heeft de situatie niet verbeterd.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat sinds de eerste aanvraag in 2007 het dossier van verzoekster meer keren is voorgelegd aan de medisch adviseur. De medisch adviseur heeft de gegevens meer keren bekeken en heeft tevens telefonisch contact gehad met de behandelend gynaecoloog. Omdat niet is gebleken dat verzoekster ernstige aantoonbare lichamelijke functiestoornissen heeft, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing telkenmale gehandhaafd.
- 5.2. Bovendien is geen sprake van een aangeboren misvorming van de geslachtsorganen als bedoeld in onderdeel 4 van artikel 19 van de zorgverzekering, omdat de labia minora geen onderdeel uitmaken van de geslachtsorganen. Voorts merkt de ziektekos-

tenverzekeraar op dat psychisch lijden geen reden is om de kosten van de ingreep te vergoeden.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster recht heeft op de aangevraagde labiacorrectie ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Omschrijving: geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot 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;*

(...)

- 4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg en geslachtsorganen;*

(...)”

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 2.1 een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.4. 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 verzekerd 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, welke bepaling dezelfde indicaties noemt als artikel 20 van de zorgverzekering.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vast dat in de situatie van verzoekster geen sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard ging met aantoonbare lichamelijke functiestoornis-

nissen, in de zin van de onderhavige regelgeving. 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 wil zeggen door de asymmetrie van de labia zelf, zonder wezenlijke beïnvloeding van buitenaf. Daarvan is op basis van de beschikbare informatie niet gebleken, zodat ook in die zin niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 20 van de zorgverzekering.

- 7.7. Evenmin gaat het hier om 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 20 van de zorgverzekering worden gesproken in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding.
- 7.8. Ook betreft het hier niet een aangeboren misvorming van de geslachtsorganen als bedoeld in artikel 20 van de zorgverzekering. Ten aanzien daarvan merkt de commissie op dat onderscheid moet worden gemaakt tussen geslachtsorganen en geslachtskenmerken. Geslachtsorganen zijn organen die noodzakelijk zijn voor de voortplanting. Geslachtskenmerken zijn te onderscheiden in primaire en secundaire geslachtskenmerken. De primaire geslachtskenmerken zijn bij de geboorte reeds aanwezig en vallen samen met de geslachtsorganen. De secundaire geslachtskenmerken, waartoe de uitgroei van de labia behoort, ontwikkelen zich onder invloed van geslachtshormonen in de pubertijd. Deze secundaire geslachtskenmerken zijn niet noodzakelijk voor de voortplanting en kunnen derhalve niet als geslachtsorganen worden aangemerkt. Tegen deze achtergrond is de hypertrofie van de labia van verzoekster niet te kwalificeren als een aangeboren misvorming van de geslachtsorganen als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

7.9. **Conclusie**

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 november 2009,

Voorzitter