

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, labia correctie
Zaaknummer : ANO07.050
Zittingsdatum : 18 april 2007

Zaak: ANO07.050, 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 28 februari 2006 inzake het niet vergoeden van een correctie van de labia minora ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 28 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar gevraagde correctie van de labia minora niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 18 december 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige ingreep 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 13 februari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 1 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 6 maart 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 op 30 maart 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 29 maart 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 11 april 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan wordt met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 33-jarige vrouw. Blijkens de ongedateerde aanvraag van de behandelend plastisch-chirurg, welke door de zorgverzekeraar op 13 februari 2006 is ontvangen, heeft zij last van geïrriteerde grote schaamlippen. Zelf geeft verzoekster aan dat zij in het dagelijkse leven wordt beperkt, zowel thuis als op het werk. Haar klachten zijn het niet kunnen dragen van ondergoed en lange broeken omdat dit een ernstig branderig gevoel veroorzaakt. Ook heeft zij veel pijn bij het zitten terwijl zij zittend werk verricht. Voorts geeft zij aan niet te kunnen fietsen.
- 4.2. Blijkens het consultverslag van haar gynaecoloog van 17 november 2007 heeft verzoekster ook problemen met de introïtus en is sprake van oppervlakkige dyspareunieklachten (pijn bij de coïtus).
- 4.3. De (herhaaldelijke) afwijzing van de zorgverzekeraar is voor verzoekster onbegrijpelijk, nu zij niet door hem is gehoord en evenmin is opgeroepen voor nader onderzoek.
- 4.4. Tot slot begrijpt verzoekster niet waarom door de zorgverzekeraar wordt ontkend dat de door haar gevraagde ingreep medisch noodzakelijk is, terwijl uit het schrijven van de gynaecoloog het tegendeel blijkt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel dat in de situatie van verzoekster niet gesproken worden van *objectief* aantoonbare functiestoornissen. Om deze reden voldoet haar situatie niet aan de voorwaarden van artikel 20 van de zorgverzekering, zodat de onderhavige ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor plastische chirurgie staat vermeld in artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin wordt bepaald wanneer aanspraak op plastische-chirurgie bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover hier relevant bepaalt dit artikel:

"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;
(...)*

Artikel 20 onder a tot en met d sluit vervolgens expliciet een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uit. De onderhavige ingreep wordt in dat verband niet genoemd.

- 7.3. De regeling van artikel 20 is volgens artikel 2.9 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 a 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 zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het 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. De commissie stelt vervolgens vast dat verzoekster niet 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 objectieveerbare 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, die zij sinds een jaar had ontwikkeld, waren gerelateerd aan zitten, fietsen en de coïtus, zodat niet met recht gesteld kan worden dat haar pijnklachten ernstig en objectieveerbaar waren en dat er in die zin kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 20 onder 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.8. Met betrekking tot de door verzoekster veronderstelde medische noodzaak, merkt de commissie enerzijds op dat de ‘medische noodzaak’ als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering ter beoordeling van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar is. Anderzijds meent de commissie dat in het bedoelde diagnoseverslag door de aanvrager daarvan *verzocht* wordt om het vaststellen van een noodzaak tot een labia correctie. De gynaecoloog spreekt echter van een ‘medische indicatie’ en heeft blijkbaar geen aanleiding gezien daar een noodzakelijkheids criterium aan te verbinden. Evenmin wordt in de aanvraag van de plastisch-chirurg gesproken van medische noodzaak. Nu volgens de jurisprudentie de diagnose in de indicatiestelling bepalend is voor de aanvraag, en noch in de aanvraag, noch in de diagnosestelling gesproken wordt van medische noodzaak, behoeft dit geen verdere bespreking.

- 7.9. Tot slot wil de commissie ingaan op de opmerking van de zorgverzekeraar in zijn brief van 16 januari 2007. Hierin stelt de zorgverzekeraar:

“Een schaamlipcorrectie is uitgesloten van een vergoeding uit de Zorgverzekeringswet.”

Een mededeling van zulke algemene strekking steunt niet op de Zorgverzekeringswet. In de Rzv worden een aantal plastisch-chirurgische behandelingen expliciet van vergoeding uitgesloten, hetgeen overeenkomt met artikel 20 onder a tot en met d van de zorgverzekering. Nu de correctie van de labia minora daarin niet wordt genoemd, zal de aanvraag voor een dergelijke ingreep in elk individueel geval, afhankelijk van de aangevoerde gronden, getoetst dienen te worden aan de criteria voor plastische chirurgie zoals genoemd in artikel 20 van de zorgverzekering. Dat laatste is dan ook geschied op de wijze als hierboven is weergegeven.

- 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, 13 mei 2007,

Voorzitter