

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, labiacorrectie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202102284
Zittingsdatum : 6 juli 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 19 februari 2022 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 30 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 mei 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 9 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022020130) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 juni 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 juli 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 9 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 juli 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering JongerenVerzorgd (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is op 31 augustus 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een labiacorrectie. Op het aanvraagformulier heeft de behandelend plastisch chirurg de klachten die verzoekster ervaart (en die met instemming van verzoekster niet nader

in dit bindend advies zijn beschreven) omschreven en geconcludeerd dat geen sprake is van verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 7 september 2021 afwijzend beslist.

- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 oktober 2021 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Bij brief van 1 december 2021 aan de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierop gereageerd. In het dossier is geen reactie van de ziektekostenverzekeraar hierop aanwezig.

- 3.4. Bij brief van 9 juni 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Hoewel de ervaren ongemakken hinderlijk kunnen zijn, vallen deze niet onder het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de regelgeving. Er is alleen in zeer uitzonderlijke situaties sprake van een aantoonbare functiestoornis. Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoekster sprake is van een uitzonderlijke situatie.

Met betrekking tot al dan niet bestaan van een verminking geldt dat er in het geval van hypertrofie van de labia minora geen sprake kan zijn van verminking in de zin van het Bzv. Er bestaat namelijk een enorme anatomische variatie ten aanzien van de vorm en grootte van de labia. De behandelend arts geeft dan ook aan dat geen sprake is van een verminking.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzoekster voldoet derhalve niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor een labiacorrectie.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor een labiacorrectie, er is geen sprake van een lichamelijke functiestoornis of verminking."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog goedkeuring moet geven voor de aangevraagde labiacorrectie.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies.
Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster verklaart dat zij, door haar schaamlippen, heftige klachten van lichamelijke en geestelijke/psychische aard heeft, die haar leven al langere tijd beheersen. Door de behandelend

arts is uitgebreid onderzoek gedaan, waarna een behandeling is bepaald. Volgens verzoekster kan de ziektekostenverzekeraar daarom niet zomaar beweren dat de visie van de arts onjuist is. Zij verwijst naar de Werkwijzer van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (hierna VAV Werkwijzer) en stelt dat aan de hierin genoemde voorwaarden ten aanzien van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is voldaan. Zo zijn haar schaamlippen langer dan 40 mm. Ook beschikt zij over een verwijzing. Volgens verzoekster wordt haar nu een oplossing voor de klachten ontnomen, waardoor zij zich erg gekwetst voelt. Een alternatief biedt de ziektekostenverzekeraar haar niet.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. Onder verwijzing naar het Bzv en de verzekeringsvoorwaarden stelt de ziektekostenverzekeraar dat een (verzekerings)indicatie voor de behandeling aanwezig moet zijn. Dit kan zijn verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Voor een zodanige lichamelijke functiestoornis geldt in de eerste plaats dat deze objectief aantoonbaar moet zijn. De pijnklachten moeten uitsluitend door de schaamlippen zelf worden veroorzaakt, zonder enige wijze van beïnvloeding van buiten af. Getoetst moet worden of het aannemelijk is dat de lichamelijke klachten worden veroorzaakt door de schaamlippen en dat correctie daarvan de klachten zal doen wegnemen. De klachten moeten voorts zodanig ernstig zijn dat kan worden gesproken van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de regelgeving. Het dient te gaan om een ernstige lichamelijke functiestoornis die samengaat met een ernstige bewegingsbeperking. Klachten van sociale of psychische aard kwalificeren niet als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De andere mogelijke (verzekerings)indicatie is verminking. Grote en/of vervormde schaamlippen worden echter niet als verminking beschouwd. Op de aanvraag heeft de behandelend arts ook vermeld dat geen sprake is van verminking.

Overwegingen commissie

- 6.4. De zorgverzekering biedt dekking voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, waaronder een labiacorrectie. Medisch specialistische zorg is in beginsel alleen toegankelijk op verwijzing. Dat verzoekster over een dergelijke verwijzing beschikt betekent niet dat zij zonder meer aanspraak heeft op de in geding zijnde zorg. Voor behandelingen van plastisch chirurgische aard geldt voorts als eis dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie moet bestaan in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld op de bladzijden 43 en 44 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv.
- 6.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet, gelet op de ontstaansgeschiedenis van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv, het gaan om een aandoening die dusdanig ernstige lichamelijke klachten veroorzaakt dat de verzekerde fors wordt beperkt in het functioneren. In geval van een labiacorrectie kan hierbij onder meer worden gedacht aan pijnklachten die uitsluitend veroorzaakt worden door de labia zelf, zonder enige vorm van aanraking of belasting hiervan. Klachten die hinderlijk of vervelend zijn, maar die verzekerde niet fors beperken in het lichamenlijk functioneren, zijn geen reden voor een vergoeding uit de zorgverzekering. Ongemakken bij het bewegen of het zitten, hoe hinderlijk ook, vallen evenmin onder voormeld begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het voorgaande betekent dat in geval van een labiacorrectie alleen in zeer uitzonderlijke situaties gesproken kan worden van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De commissie oordeelt dat de klachten zoals in de aanvraag beschreven, hoe vervelend en hinderlijk in het dagelijks leven die ook zijn, niet zijn te beschouwen als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld op de bladzijden 43 en 44 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De verwijzing, in dit kader, door verzoekster naar de VAV Werkwijzer treft geen doel. Verzoekster wijst erop dat hierin een labialengte van 40 mm wordt genoemd, waarvan bij haar blijkens de aanvraag sprake is. Uit het vervolg van de tekst in de VAV Werkwijzer blijkt echter dat dit lengtecriterium geen hanteerbaar criterium is, omdat geen objectief verband

tussen de lichamelijke klachten en de grootte van de schaamlippen kan worden vastgesteld. Het Zorginstituut concludeert in zijn advies van 9 juni 2022 dat bij verzoekster geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis. De commissie maakt deze conclusie tot de hare. Voor de door verzoekster gestelde, en overigens door haar niet nader toegelichte, geestelijke/psychische klachten geldt dat deze geen (verzekerings)indicatie vormen voor een behandeling van plastisch chirurgische aard.

- 6.6. Ten aanzien van verminking geldt dat het Zorginstituut in zijn advies van 9 juni 2022 heeft uiteengezet dat in het geval van hypertrofie van de labia geen sprake kan zijn van verminking in de zin van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv. Dit volgt uit het feit dat er een enorme anatomische variatie bestaat ten aanzien van de vorm en grootte van de labia. Van verminking als bedoeld in de regelgeving en de hierop gebaseerde verzekeringsvoorwaarden (met name het bepaalde op de bladzijden 43 en 44) kan dan ook niet worden gesproken. Zoals ook het Zorginstituut in het advies van 9 juni 2022 opmerkt, is in de aanvraag aangegeven dat van verminking bij verzoekster geen sprake is.
- 6.7. De commissie heeft de klachten die verzoekster ervaart goed gehoord en wil opmerken dat ze deze geenszins bagatelliseert. De situatie van verzoekster voldoet, gelet op het vorenstaande, echter niet aan de zeer strikte voorwaarden die worden gesteld om de ingreep voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Het feit dat, zoals de commissie begrijpt uit de stellingen van verzoekster, sprake is van een medische indicatie, maakt de uitkomst niet anders. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat haar een oplossing voor de problemen wordt ontnomen, zonder dat haar een alternatief wordt geboden. Om de labiacorrectie vergoed te krijgen ten laste van de zorgverzekering, dient immers sprake te zijn van een verzekeringsindicatie, en deze ontbreekt.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 juli 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die 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, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslapte bovenoogleden, als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij u toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

Let op

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met medisch specialistische revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U wordt behandeld door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts of