

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van
E te F, versus C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, circumcisie
Zaaknummer : 2008.02093
Zittingsdatum : 11 februari 2009

Zaak: 2008.02093 (Geneeskundige zorg, circumcisie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van E te F, hierna te noemen: verzekerde, in deze vertegenwoordigd door G,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 26 juni 2008 een circumcisie bij verzekerde niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzekerde de aanvullende ziektekostenverzekering Comfortpolis afgesloten.
- 3.2. De behandelend huisarts heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "recent gezwollen penisvoorhuid en epilepsie". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar ten behoeve van verzekerde aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "besnijdenis" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 juni 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzekerde is van 19 juni 2007 tot en met 21 juni 2007 opgenomen geweest in het AMC en heeft daar een besnijdenis ondergaan. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van de kosten verbonden aan de door verzekerde ondergane behandeling.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 3 november 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 16 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 december 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 december 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 17 december 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 januari 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling gericht op besnijdenis is uitgesloten van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 februari 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 12 februari 2009 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 16 februari 2009 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. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de besnijdenis van verzekerde op medische indicatie heeft plaatsgevonden, aangezien sprake was van balanitis en epilepsie. Aldus kon hij niet in het Besnijdenis Centrum behandeld worden, maar was het noodzakelijk uit te wijken naar het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. Nu sprake is van een bijzonder geval, dient de behandeling voor vergoeding in aanmerking te komen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster het volgende aangevoerd. Het betreft een bijzondere situatie, zo blijkt uit de verklaring van de arts. Verzekerde kampt met epileptische aanvallen. Hij was erg ziek, en de behandeling diende onder algehele verdoving te geschieden. Verzekerde is twee dagen opgenomen geweest vanwege eventuele

complicaties.

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 circumcisie vanaf 1 januari 2005 een uitgesloten verstrekking is, ongeacht of sprake is van een medische- of religieuze-, dan wel culturele reden. Dit houdt in dat deze behandeling nooit voor rekening van de zorgverzekering komt. Wel heeft verzoekster recht op een vergoeding vanuit de aanvullende verzekering; deze is reeds aan haar verstrekt.

5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar aangegeven niets toe te willen voegen aan hetgeen in de stukken naar voren is gebracht.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is aan verzekerde een vergoeding toe te kennen voor de door haar zoon ondergane circumcisie. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel aanspraak kan maken op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 12 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch-specialistische zorg. Artikel 2 van de zorgverzekering sluit tevens expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder circumcisie. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"2. Medisch-specialistische zorg en onderzoek

- a. *Niet-klinische medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg)*

Omschrijving:

Onderzoek en behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum of door een extramuraal werkende medisch specialist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)

Uitsluitingen:

(...)

- *behandeling gericht op besnijdenis van de verzekerde. De zogenoemde verwijdingsplastiek behoort wel tot het verzekerde pakket."*

- 7.3. De regeling in artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Circumcisie is expliciet uitgesloten van vergoeding in artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Het is daarmee geen verzekerde prestatie. Om die reden maakt het geen verschil of de behandeling medisch is geïndiceerd. In een brief van 17 december 2004 (Z/M-2545030) van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal wordt dit als volgt toegelicht: "Medisch niet-noodzakelijke behandelingen dienen geen deel uit te maken van de zorgverzekering. Voor medisch geïndiceerde besnijdenissen bestaat een goed alternatief, een zogenaamde verwijdingsplastiek. Daarbij wordt de voorhuid niet verwijderd, maar verwijld. Het is net als de besnijdenis een eenvoudige ingreep. (...) Voor echt medisch geïndiceerden blijft met de behandeling door middel van verwijdingsplastiek adequate medische zorg in het pakket".
- 7.7. De in dit geval aangevraagde behandeling betreft DBC-code 06111500950313. Deze code staat voor een circumcisieverzoek; open operatie met klinische episoden. Er is derhalve een circumcisie aangevraagd, en geen verwijdingsplastiek. De uitsluiting is daarom onverkort van toepassing.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 februari 2009,

Voorzitter