

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, besnijdenis, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2013.00354
Zittingsdatum : 4 december 2013

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 2011 artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Optimaal & Tand Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van circumcisie, uitgevoerd bij hem en bij zijn zoon (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor deze ingreep maximaal € 250,-- wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten van de circumcisie van de zoon van verzoeker alsnog volledig te vergoeden. Ten aanzien van de kosten van de circumcisie van verzoeker handhaaft de ziektekostenverzekering zijn standpunt.
- 3.4. Bij brief van 21 juni 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de bij hem uitgevoerde circumcisie alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 augustus 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 november 2013 per e-mail medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 september 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 oktober 2013 (zaaknummer 2013117601) 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 circumcisie expliciet is uitgesloten van verstrekking dan wel vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 4 december 2013 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 december 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 december 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend uroloog heeft op 25 september 2012 verklaard dat verzoeker een indicatie heeft voor circumcisie in verband met hygiëneproblematiek. De circumcisie is op 20 februari 2012 uitgevoerd, waarna de problemen zijn verdwenen. De kosten van de operatie bedragen € 1.274,--.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker telefonisch medegedeeld dat als hij zich zou laten behandelen in een gecontracteerd ziekenhuis de kosten van de circumcisie volledig zouden worden vergoed.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat hem telefonisch is toegezegd door de ziektekostenverzekeraar dat de onderhavige kosten volledig zouden worden vergoed. Als verzoeker iets niet weet of begrijpt van de zorgverzekering neemt hij telefonisch contact op met de ziektekostenverzekeraar. In andere gevallen klopte de telefonisch verstrekte informatie wel. Verzoeker weet niet met wie hij destijds heeft gesproken over de circumcisie; hij is de Nederlandse taal onvoldoende machtig, waardoor hij de

Nederlandse namen niet goed kan onthouden.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft op 20 februari 2012 een circumcisie ondergaan. De DBC voor deze zorg is op 11 augustus 2011 geopend.

5.2. Van de nota ten bedrage van € 1.274,-- heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 250,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed.

5.3. Op 15 juli 2011 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Van dit gesprek is alleen vastgelegd dat het ging om informatie over de dekking van circumcisie en een starterspakket voor diabetes type 2.

5.4. Het eerstvolgende telefoongesprek dat betrekking heeft op circumcisie heeft plaatsgevonden op 18 juli 2012. In de hiervan gemaakte notitie staat vermeld dat verzoeker een declaratie heeft ingediend voor een circumcisie en dat hij hiervoor een machtiging moet aanvragen. Vervolgens is het aanvraagformulier naar verzoeker gezonden. Er is op dat moment geen toezegging gedaan dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Op 2 augustus 2012 heeft verzoeker weer gebeld over de declaratie, omdat hij nog niets van de ziektekostenverzekeraar had vernomen nadat hij het aanvraagformulier had geretourneerd. Op 10 augustus 2012 is verzoeker teruggebeld en is een klachtenformulier aangemaakt.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling op grond van artikel 1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekering, wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 26 juni 2013 gewezen. Verzoeker heeft op 1 juli 2013 het verschuldigde entreegeld voldaan en de commissie bij brief van 14 juli 2013 aanvullende stukken gezonden. De commissie is van oordeel dat verzoeker hiermee impliciet heeft bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 250,-- voor de kosten van circumcisie, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvul-

lende ziektekostenverzekering.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering. Artikel 2 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"a Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis

Omschrijving: medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. (...)

Uitsluitingen: (...)

• behandeling gericht op besnijdenis van de verzekerde. De zogenoemde verwijdingsplastiek behoort wel tot het verzekerde pakket; (...)"

8.3. Artikel 2 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de algemene voorwaarden 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. In artikel 13 sub 2 onder f van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal € 250,-- per verzekerde voor circumcisie bij mannelijke verzekerden, indien de ingreep plaatsvindt bij een gecontracteerde zorgverlener.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Artikel 2 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg. In dit zelfde artikel is echter bepaald dat behandeling gericht op besnijdenis (circumcisie) van vergoeding is uitgesloten. Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Op grond van artikel 13 sub 2 onder f van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van maximaal € 250,-- voor de bij hem uitgevoerde circumcisie. Uit het dossier blijkt dat deze vergoeding reeds aan verzoeker is betaald. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding.

Telefonische toezegging

- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hem door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat de kosten van de circumcisie volledig zouden worden vergoed indien hij zich in een gecontracteerd ziekenhuis zou laten behandelen. De commissie concludeert dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een zodanige telefonische toezegging is gedaan. Daarbij hecht de commissie in het bijzonder belang aan het feit dat door verzoeker niet is verklaard met wie hij heeft gesproken en op welke datum dit gesprek heeft plaatsgevonden. Daarnaast is het moeilijk de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde respectievelijk mocht worden opgevat.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2013,

Voorzitter