



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen Azivo Zorgverzekeraar N.V.
te 's-Gravenhage en Menzis N.V. te Wageningen

Zaak : Medisch specialistische zorg, circumcisie, informatieverstrekking

Zaaknummer : 201402450

Zittingsdatum : 25 maart 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

- 1) Azivo Zorgverzekeraar N.V. te 's-Gravenhage, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 Azivo Basisverzekering (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-Basis 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 een circumcisie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 april 2014 telefonisch aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Bij brief van 21 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar deze beslissing bevestigd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 7 november 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 9 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 februari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 maart 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 10 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015018652) 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 zorgverzekering geen dekking biedt voor een circumcisie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 5 maart 2015 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 25 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 april 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het 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 ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor een circumcisie op medische indicatie in verband met phimosis. De uroloog heeft verzoeker verteld dat een verwijdingsplastiek in zijn geval geen optie was, omdat het probleem dan groter zou worden en hij nogmaals zou moeten worden geopereerd.
- 4.2. Verzoeker ging ervan uit dat hij goed verzekerd was voor medisch noodzakelijke zorg. Hij heeft de afgelopen jaren bij de keuzemomenten aan het einde van het jaar meermaals gebeld met de ziektekostenverzekeraar voor advies. Hem is steeds verteld dat hij met zijn aanvullende ziektekostenverzekering voldoende verzekerd was voor medisch noodzakelijke zorg. Alleen als bij hem veel kiezen gevuld moesten worden of hij veel fysiotherapie nodig zou hebben, zouden er kosten voor zijn rekening komen. Verzoeker heeft ook eind 2013 bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd of hij voldoende verzekerd is. Ook toen heeft hij voornoemd antwoord gekregen. Hierbij is hem niet verteld dat er iets was gewijzigd in de vergoeding voor een operatie aan het mannelijk geslachtsdeel.
- 4.3. Circumcisie werd tot medio 2013 vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn verzekerden niet geïnformeerd over deze wijziging. Zelfs de huisarts van verzoeker wist niet dat deze ingreep niet meer wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker is nu de dupe van een politiek besluit betreffende het gebruik van codes door urologen.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een circumcisie is gedekt in de Top aanvullende verzekering. Verzoeker heeft echter de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Verzoeker vindt het niet logisch dat een medisch noodzakelijke ingreep alleen is gedekt in de meest uitgebreide aanvullende verzekering en niet in de door hem afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.5. Verzoeker voelde zich overvallen door het telefoongesprek van 9 april 2014. Hij bevond zich op dat moment met meerdere personen in een openbare ruimte. De betreffende medewerkster van de ziektekostenverzekeraar heeft hem tijdens dit gesprek zeer persoonlijke vragen gesteld. Aan het eind van het gesprek heeft zij een beslissing genomen en aan verzoeker medegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op een circumcisie. Gezien het belang van dit gesprek had de ziektekostenverzekeraar verzoeker duidelijk moeten vertellen dat het om medische vragen zou gaan en hem de mogelijkheid moeten bieden om het gesprek op een later tijdstip te voeren. Verzoeker heeft tijdens dit gesprek voorgesteld om met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2014 een aanvullende ziektekostenverzekering met een uitgebreidere dekking af te sluiten. De ziektekostenverzekeraar heeft dit voorstel echter afgewezen.
- 4.6. De moeder van verzoeker heeft voorafgaand aan de ingreep tweemaal telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft haar beide keren verteld dat zij schriftelijk een aanvraag moest indienen en dat de ingreep dan zou worden vergoed.
- 4.7. De voorzitter van de raad van bestuur van de ziektekostenverzekeraar heeft in oktober 2013 in het tv-programma Radar gezegd dat circumcisies zouden worden vergoed op basis van een coulanceregeling.
- 4.8. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de in 4.7 genoemde uitspraak in Radar niet door de voorzitter van de raad van bestuur van de ziektekostenverzekeraar is gedaan, maar door een Tweede Kamerlid die een verzekeraar, die tot hetzelfde concern behoort als de ziektekostenverzekeraar, als voorbeeld stelde. Verzoeker heeft om een coulancevergoeding gevraagd, omdat sprake was van een bijzondere situatie: verzoeker is student, hij is ziek, en hij is al vanaf zijn geboorte verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het was destijds niet meer mogelijk om nog van verzekering te veranderen. Daarnaast was het niet wenselijk om de behandeling uit te stellen, omdat verzoeker ziek en depressief was.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek - al dan niet uit coulance - dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De overheid heeft besloten dat een circumcisie, ook als sprake is van een medische indicatie, behoort tot de niet-verzekerde zorg. Een circumcisie mag daarom niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn verzekerden niet geïnformeerd over een pakketwijziging betreffende de circumcisie, aangezien deze niet heeft plaatsgevonden. De Minister van VWS heeft reeds bij brief van 17 december 2004 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer toegelicht dat medisch niet-noodzakelijke behandelingen geen deel dienen uit te maken van de zorgverzekering. Hierbij is vermeld dat voor medisch geïndiceerde circumcisies een goed alternatief bestaat, te weten de verwijdingsplastiek.
- 5.3. Verzekerden hebben de mogelijkheid zich te verzekeren voor een medisch geïndiceerde circumcisie door middel van een aanvullende ziektekostenverzekering. Deze aanspraak is sinds

het jaar 2013 niet gewijzigd. Verzoeker heeft de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Hierin is geen dekking opgenomen voor een circumcisie.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar handelt klachten bij voorkeur telefonisch af. Als de verzekerde kenbaar maakt een schriftelijke bevestiging hiervan te willen ontvangen, wordt hieraan uiteraard tegemoet gekomen. Uit de brieven van verzoeker was niet gebleken dat hij niet telefonisch benaderd wilde worden of dat (alleen) met zijn moeder gecommuniceerd mocht worden. Aangezien verzoeker meerderjarig is, is het inhoudelijke gesprek met verzoeker gevoerd. De betreffende medewerkster heeft verzoeker aan het begin van het gesprek gevraagd of het telefoongesprek gelegen kwam. Als verzoeker op dat moment had gezegd liever geen gesprek te willen voeren, dan zou daar zeker gehoor aan zijn gegeven. Daarnaast heeft verzoeker tijdens het gesprek niet kenbaar gemaakt dat hij hiervan een schriftelijke bevestiging wilde.
- 5.5. Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt niet dat is toegezegd dat de circumcisie wordt vergoed. In de administratie is alleen een registratie van het gesprek van 14 maart 2014 aanwezig. Op deze datum heeft de moeder van verzoeker gebeld naar aanleiding van de afwijzende beslissing. Tijdens dit gesprek is niet toegezegd dat de circumcisie alsnog wordt vergoed.
- 5.6. In reactie op de verwijzing van verzoeker naar het televisieprogramma Radar merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de voorzitter van de raad van bestuur niet aanwezig is geweest tijdens deze uitzending. Het ging tijdens deze uitzending om een aantal personen waarvan er één kennelijk verzekerd was bij een zorgverzekeraar die tot hetzelfde concern behoort als de ziektekostenverzekeraar. Voor deze verzekerde was volgens de presentatrice van Radar door voornoemde zorgverzekeraar een coulancevergoeding toegekend voor een besnijdenis. De betreffende zorgverzekeraar heeft in 2013 inderdaad een coulanceregeling gehad voor medisch noodzakelijke besnijdenissen, omdat deze niet gedekt waren in een aanvullende verzekering. Vanaf 2014 heeft deze zorgverzekeraar een aanspraak hiervoor opgenomen in twee aanvullende verzekeringen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen zowel in 2013 als in 2014 een aanspraak op volledige vergoeding van een besnijdenis opgenomen in de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV-Top en AV-Top Extra. Voor het jaar 2015 geldt een maximale vergoeding van € 750,--.
- 5.7. Aan het verzoek om een coulancevergoeding kan de ziektekostenverzekeraar niet tegemoetkomen. Als in de situatie van verzoeker een coulancevergoeding zou worden toegekend, zou de ziektekostenverzekeraar dit ook in alle vergelijkbare gevallen moeten doen. Bovendien zou dit niet eerlijk zijn tegenover andere verzekerden die een uitgebreidere aanvullende verzekering hebben en hiervoor ook de hogere premie betalen.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat hij geen grond ziet voor een coulancevergoeding. Ter aanvulling is aangevoerd dat de aangehaalde uitzending van Radar om een individueel geval ging. De betreffende verzekeraar hanteerde in 2013 een coulanceregeling voor circumcisis. De ziektekostenverzekeraar kende hiervoor in 2013 evenwel geen coulanceregeling, omdat in één van de aanvullende verzekeringen een vergoeding voor een circumcisie was opgenomen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.



7. Het geschil



7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een circumcisie, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende 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 op de bladzijden 9 tot en met 48 van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering.



8.3. Op bladzijde 31 van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*

(...)

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

(...)

- *Plastische chirurgie,*

(...)"



8.4. Op bladzijde 34 van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

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

(...)

- *besnijdenis.*

(...)"



8.5. De passages betreffende medisch specialistische zorg en plastische chirurgie van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).



8.6. 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.
Medisch specialistische zorg, waaronder behandeling van plastisch chirurgische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.



8.7. 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



ziekttekostenverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt geen dekking voor een circumcisie. Op grond van artikel 2.1 sub g Rzv is circumcisie uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. In de polisvoorwaarden is deze uitsluiting vermeld op bladzijde 35.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een circumcisie. Het verzoek kan daarom op grond van deze verzekering niet worden toegewezen.
- 9.3. De klacht van verzoeker dat een circumcisie alleen is gedekt in de Top aanvullende verzekering en niet in de door hem afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering kan hem niet baten, aangezien het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de inhoud van zijn aanvullende verzekeringen zelf vast te stellen. Het is aan verzoeker te bepalen welke aanvullende verzekering hij wenst af te sluiten.

Informatieverstrekking


- 9.4. Verzoeker verwijt de ziektekostenverzekeraar dat deze hem eind 2013 niet heeft gewaarschuwd dat een circumcisie in 2014 niet meer zou worden vergoed. De commissie constateert dat in ieder geval in de polisvoorwaarden van de jaren 2011, 2012 en 2013 circumcisie reeds was uitgesloten van vergoeding. Er was eind 2013 dus geen sprake van een wijziging in de dekking van de verzekering op dit punt.
- 9.5. Verzoeker heeft eind 2013 met de ziektekostenverzekeraar gesproken over de dekking van zijn zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem toen niet heeft verteld dat er iets was gewijzigd ten aanzien van de vergoeding van een circumcisie. Zoals hierboven is vastgesteld, is in 2014 ten opzichte van 2013 niets gewijzigd ten aanzien van de vergoeding op dit onderdeel. Daarnaast is niet gebleken dat verzoeker hier tijdens het telefoongesprek specifiek naar heeft gevraagd. Van de ziektekostenverzekeraar kan niet worden verwacht dat hij dergelijke informatie spontaan verstrekt.

Telefonische toezegging


- 9.6. De moeder van verzoeker heeft verklaard dat haar voorafgaand aan de ingreep tweemaal telefonisch is medegedeeld dat zij schriftelijk een aanvraag moest indienen en dat de ingreep dan zou worden vergoed. Aangezien een aanvraag moest worden ingediend, wist verzoeker - althans behoorde hij te weten - dat hierop nog een beslissing zou volgen en dat deze voor hem ook negatief kon zijn. Het bestaan van een onvoorwaardelijke en eenduidige toezegging is derhalve door hem niet aannemelijk gemaakt. Door de ingreep na ontvangst van de afwijzende beslissing doorgang te laten vinden, heeft verzoeker het risico aanvaard dat de hieraan verbonden kosten voor zijn rekening blijven.

Coulance


- 9.7. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in

 beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter niet gebleken.



Conclusie

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

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2015,



mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester