



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, vervanging erectieprothese  
Zaaknummer : 201501444  
Zittingsdatum : 27 januari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
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 grond van de Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis 3 sterren 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 vervanging van een hydraulische penisprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 november 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. Bij brieven van 5 december 2014 en 9 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 6 augustus 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 30 september 2015 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 27 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 december 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 december 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2016 per e-mail medegedeeld 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 7 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015155887) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat in het DBC declaratiesysteem een zogenoemde aanspraakbeperking is opgenomen, hetgeen tot gevolg heeft dat een erectieprothese niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 27 januari 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft, zoals afgesproken tijdens de hoorzitting van 27 januari 2016, intern besproken of verzoeker in aanmerking komt voor een coulancevergoeding. Bij brief van 8 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld niet over te gaan tot een onverplichte vergoeding. Een afschrift van deze brief is op 9 februari 2016 aan verzoeker gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 9 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 februari 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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. Verzoeker heeft in 2006 een volledige dwarslaesie overgehouden na een geplande AAA-operatie. Als gevolg hiervan heeft hij erectieproblemen. Verzoeker heeft aanvankelijk het middel Androskat® gebruikt voor het verkrijgen van een erectie. Dit is éénmaal verkeerd gegaan, waardoor hij in het ziekenhuis moest worden behandeld. Daarom is in 2008 bij verzoeker een penisprothese geplaatst.
- 4.2. Eind 2013 werkte de penisprothese niet meer. In mei 2014 zou een nieuwe penisprothese worden geplaatst, maar tijdens de operatie bleek dat er een infectie aanwezig was bij de cuff van de sfincterprothese. Dit was de oorzaak van het niet-functioneren. Vanwege voornoemde infectie zijn de penisprothese en de restanten van de sfincterprothese verwijderd. De uroloog heeft besloten op dat moment geen nieuwe penisprothese te plaatsen, maar eerst de infectie te laten genezen. Nadat de infectie volledig was genezen, moest verzoeker een aanvraag indienen voor een nieuwe penisprothese. Verzoeker vindt dit vreemd, omdat het aanvankelijk de bedoeling was de nieuwe penisprothese tijdens de operatie in mei 2014 te plaatsen. Eigenlijk had hij hiervoor op dat moment dus al toestemming van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar in oktober 2014 schriftelijk verzocht om toestemming voor een vervangende penisprothese en hij heeft bij dit verzoek een schrijven van zijn uroloog gevoegd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen. Verzoeker heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en zijn situatie toegelicht. De betreffende medewerker heeft hem verteld dat deze informatie niet bekend was bij de beoordeling van de aanvraag. Aan verzoeker is daarom geadviseerd de aanvullende informatie - die wordt onderschreven door de behandelend uroloog - toe te sturen voor een herbeoordeling. Verzoeker heeft deze informatie begin december 2014 ingezonden. Hierop volgde per omgaande een afwijzing, wederom op de grond dat geen sprake is van verzekerde zorg. Verzoeker is bijzonder teleurgesteld over de afwijzende beslissing, omdat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende rekening heeft gehouden met zijn persoonlijke omstandigheden. Als genoemde grond het enige relevante argument is, zou aan hem niet zijn geadviseerd nadere informatie toe te sturen. De behandelend uroloog heeft verzoeker in dit verband verteld dat penisprothesen niet meer standaard worden vergoed, maar dat dit per geval wordt beoordeeld.
- 4.4. Verzoeker benadrukt dat de penisprothese reeds in 2013 niet meer functioneerde. Op dat moment was het herplaatsen van een penisprothese nog wel verzekerde zorg.
- 4.5. Had verzoeker bij de initiële plaatsing geweten dat als hij problemen zou krijgen met de penisprothese, er geen enkel alternatief meer mogelijk zou zijn, dan zou hij nooit voor deze oplossing hebben gekozen. Vóór de initiële plaatsing van de penisprothese waren er namelijk nog meerdere mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld het gebruik van het middel Androskat® of een vacuümpomp. Echter, als een penisprothese eenmaal is geplaatst, zijn er geen alternatieven meer beschikbaar.
- 4.6. Verzoeker tekent verder aan dat de levensduur van een penisprothese normaal gesproken veel langer is, waardoor vervangen niet vaak aan de orde zal zijn. Nu bij verzoeker de eerder geplaatste penisprothese moest worden verwijderd als gevolg van een complicatie door de infectie bij een andere prothese, is sprake van een uitzonderlijke situatie.
- 4.7. Verzoeker merkt op dat het creëren van een erectie een belangrijk onderdeel is voor het sexleven van hem en zijn echtgenote. Door de dwarslaesie is zijn kwaliteit van leven al aanzienlijk verminderd. Deze afwijzing zorgt voor een verdere, onnodige vermindering van zijn kwaliteit van leven en die van zijn echtgenote. De afwijzing - zonder deugdelijke motivering en zonder rekening te houden met zijn bijzondere omstandigheden - komt hard aan bij verzoeker.
- 4.8. Ter zitting heeft verzoeker voornoemde argumenten herhaald. Verzoeker heeft benadrukt dat destijds in overleg met de arts is gekozen voor een penisprothese. Hij nam hierbij aan dat garantie en service onder de dekking van de zorgverzekering zouden vallen. In 2014 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hem is toen verteld dat een nieuwe prothese geen probleem zou zijn als een verklaring van de uroloog werd overgelegd. Dit blijkt ook uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotitie. Verzoeker benadrukt voorts dat hij heeft aangenomen dat de vergoeding van de plaatsing van de penisprothese niet eenmalig was, aangezien alternatieven voor hem thans niet meer mogelijk zijn. Verzoeker heeft destijds geen beslissing van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Een en ander verliep via de uroloog. Verzoeker merkt op dat seks een onderdeel van het leven is. Hij wordt hierin nu belemmerd door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het plaatsen van een penisprothese bij erectieproblemen is geen verzekerde zorg. Dit was het in 2013 evenmin. Daarom komt de aangevraagde penisprothese niet voor vergoeding in aanmerking. Dit ondanks de verklaringen van de behandelend medisch specialist.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar maakt voor verzoeker geen uitzondering. Indien dit wèl zou worden gedaan, moet de ziektekostenverzekeraar ook voor andere verzekerden een uitzondering maken.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat een penisprothese bij een erectiestoornis geen verzekerde zorg is. Uit de stukken blijkt niet dat hierover een toezegging is gedaan aan verzoeker. Waar het de garantie betreft, zal verzoeker zich tot de leverancier moeten wenden. De ziektekostenverzekeraar weet niet waarom de penisprothese in 2008 wèl is vergoed. Daarnaast gevraagd zegt de ziektekostenverzekeraar toe te zullen nagaan of deze informatie nog beschikbaar is, en indien dit het geval is, de commissie hiervan binnen twee weken een afschrift te sturen. Ook zal de ziektekostenverzekeraar nagaan of mogelijk toch ruimte bestaat voor een coulancevergoeding.
- 5.4. Bij brief van 8 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat intern is besproken of verzoeker in aanmerking komt voor een coulancevergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij meegewogen dat voor verzoeker thans geen alternatieven beschikbaar zijn, en dat de plaatsing van de penisprothese in 2008 door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten niet over te gaan tot een onverplichte vergoeding. Het is niet bekend of en onder welke voorwaarden de verstrekking destijds heeft plaatsgevonden. In een andere, vergelijkbare casus is naar voren gekomen dat het betreffende ziekenhuis de penisprothese in het verleden door middel van een onjuiste code heeft gedeclareerd. Indien en voor zover ten behoeve van verzoeker in 2008 een penisprothese is vergoed, heeft deze vergoeding onverplicht en onrechtmatig plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de situatie van verzoeker, maar een coulancevergoeding aan verzoeker zou leiden tot een ongewenste precedentwerking.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel volgens de inleiding van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 vervanging van zijn hydraulische penisprothese, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 32 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg en de bijbehorende ziekenhuisopname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Heeft u een dagbehandeling nodig in een ziekenhuis? Of verblijft u langer dan 1 dag in een ziekenhuis? Dan vergoeden wij de kosten van:*

*a uw verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse;*

*b medisch-specialistische zorg;*

*c tijdens uw opname en behandeling: paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.*

*(...)”*

- 8.4. Artikel 32 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. 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.

- 8.6. 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.

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. In de Zvw is geregeld dat de ten laste van de zorgverzekering komende prestaties naar aard en omvang worden bepaald door hetgeen in de wet wordt beschreven. De ziektekostenverzekeraar mag, ten laste van de basisverzekering, niet meer of minder vergoeden. De verzekerde prestaties zijn derhalve limitatief. De erectieprothese is niet als aparte aanspraak opgenomen in de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving, zodat geen sprake is van een afzonderlijke verzekerde prestatie.

- 9.2. Voor zover het de aanspraak in het kader van medisch specialistische zorg betreft, blijkt uit het "Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw" van het Zorginstituut dat geen sprake is van een verzekerde prestatie. In het advies van 17 december 2015 heeft het Zorginstituut vastgesteld dat in het DBC-declaratiesysteem een zogenoemde aanspraakbeperking is opgenomen, hetgeen tot gevolg heeft dat een erectieprothese niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Het Zorginstituut komt daarom tot de conclusie dat het verzoek moet worden afgewezen. De commissie neemt dit advies over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op (plaatsing van) een erectieprothese ten laste van de zorgverzekering.

9.3. De stelling van verzoeker dat voor hem thans geen alternatieven beschikbaar (meer) zijn om een erectie te krijgen, en dat als hij dit vóór de initiële plaatsing van de erectieprothese had geweten, hij nooit voor deze oplossing had gekozen, maakt het voorgaande niet anders.

9.4. Verzoeker heeft voorts gesteld dat vervanging van de erectieprothese in 2013 nog wel tot de verzekerde zorg behoorde, en dat hij is gedupeerd door het feit dat na de operatie, waarbij de prothese werd verwijderd vanwege complicaties, niet direct een nieuwe is geplaatst. De ziektekostenverzekeraar heeft dit gemotiveerd bestreden door te stellen dat ook in 2013 geen aanspraak bestond op vervanging van een erectieprothese, ten laste van de zorgverzekering. De commissie stelt vast dat verzoeker zulks niet heeft weerlegd, zodat als vaststaand moet worden aangenomen dat ook in 2013 geen sprake was van verzekerde zorg, en deze stelling van verzoeker moet worden gepasseerd.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### **Initiële plaatsing**

9.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij bij de initiële plaatsing ervan uit is gegaan dat de kosten van eventuele reparaties of vervanging ook ten laste van de zorgverzekering zouden worden vergoed. Thans zijn geen gegevens meer beschikbaar over de vergoeding van de initiële plaatsing, zodat niet bekend is op welke basis dit destijds is gebeurd en welke voorwaarden toen zijn gesteld. De commissie acht het enkele feit dat in het verleden een vergoeding is verleend onvoldoende om te concluderen dat verzoeker erop mocht vertrouwen dat toekomstige operaties (waaronder eventuele vervanging van de erectieprothese) door de ziektekostenverzekeraar zonder meer zouden worden vergoed.

#### **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 gesteld noch 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, 2 maart 2016,

P.J.J. Vonk