



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
Zaak : Geneeskundige zorg, penisprothese
Zaaknummer : 201401784
Zittingsdatum : 19 augustus 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea 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 basis 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 KPN Polis drie 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 een penisprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 april 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 27 mei 2014 en 19 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 14 oktober 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 28 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 februari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 februari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 juli 2015 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 juni 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015012445) 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 zogenaamde aanspraakbeperking is opgenomen, hetgeen tot gevolg heeft dat een erectieprothese niet ten laste van de basisverzekering wordt vergoed. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 19 augustus 2015 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.
- 3.10. Bij brief van 21 augustus 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 26 augustus 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. In verband met prostaatkanker is in 2012 bij verzoeker zijn prostaat verwijderd. Ten gevolge van deze verwijdering is hij incontinent en impotent.
- 4.2. De (toenmalig) behandelend uroloog heeft met betrekking tot verzoeker het volgende verklaard: *“Erectiele dysfunctie na RALP-procedure. Verzoek implantatie erectieprothese. Patiënt lijkt een zeer geschikte kandidaat. Ter beoordeling werd hij doorverwezen naar de seksuoloog. T.z.t. zie ik patiënt terug.”*
- 4.3. Verzoeker ervaart diverse problemen door incontinentie. Zo verliest hij tijdens zijn dagelijkse bezigheden regelmatig ongecontroleerd zijn urine. Hoewel hij verband draagt, bevuilt verzoeker - doordat dit verband het vocht niet meer kan opvangen - stoelen en banken.
- 4.4. Verzoeker heeft zich in 2013 gewend tot de uroloog die hem een penisprothese heeft geadviseerd. Deze zou worden vergoed. Aangezien voor dat jaar het maximaal aantal (te vergoeden) operaties was bereikt, en verzoeker eerst moest worden gezien door een psycholoog/seksuoloog, duurde het tot 2014 voor een en ander een vervolg kreeg. Toen is voor verzoeker echter duidelijk geworden dat een penisprothese überhaupt niet (meer) tot de verzekerde zorg behoort. Verzoeker heeft zijns inziens in 2013 onjuiste informatie ontvangen van de behandeld uroloog. Aangezien verzoeker tot in 2014 heeft moeten wachten met de aanvraag, stelt hij dat hij in aanmerking komt voor een coulanceregeling.
- 4.5. Verzoeker heeft daarnaast veel schade opgelopen. Zo heeft hij onnodig ziekenhuizen bezocht, en veel tijd verloren aan het bellen en schrijven met de ziektekostenverzekeraar. Door de incontinentie heeft verzoeker veel schade veroorzaakt aan meubels, voertuigen en kleding. Daarnaast lijdt verzoeker veel schade nu hij angstig is zich onder de mensen te begeven.

- 4.6. Tevens stelt verzoeker dat sprake is van (seks)discriminatie. Bij vrouwen met borstkanker komen corrigerende operaties namelijk wel voor vergoeding in aanmerking. Verzoeker tekent aan dat voor hem geen alternatief bestaat en dat het om kleine aantallen patiënten gaat zodat de kosten - macro gezien - verwaarloosbaar zijn. Dat de aanspraak pas in 2014 is gewijzigd blijkt volgens verzoeker uit door hem overgelegde gegevens.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hij ten gevolge van een operatie incontinent en impotent is geworden. Voor zijn impotentie heeft hij de middelen Viagra® en daarna Androskat® voorgeschreven gekregen. Verzoeker heeft zich toen gewend tot de uroloog. De uroloog deelde hem mede dat hij vóór november 2013 zou worden geopereerd. Aangezien later bleek dat de rest van het jaar was volgepland, heeft de operatie niet kunnen plaatsvinden. Hierop heeft verzoeker zich in het voorjaar van 2014 gewend tot de opvolger van zijn voormalig uroloog. Deze deelde verzoeker mede dat de operatie niet meer werd uitgevoerd. Verzoeker heeft hierop contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Die liet hem weten dat indien een toezegging was gedaan, een coulancevergoeding zou volgen. Nadien werd verzoeker gezegd dat de behandeling nooit in het pakket had gezeten. Desondanks zijn in 2013, volgens het ziekenhuis, wel verzekerden van andere verzekeraars behandeld. Daarbij stelt verzoeker dat zijn toenmalig behandelend uroloog hem heeft medegedeeld dat de behandeling zou worden vergoed. Verzekerde is er vanuit gegaan dat de behandeling verzekerde zorg betrof. Nu dit niet zo blijkt, is er volgens verzoeker sprake van seksediscriminatie.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag getoetst aan de geldende wet- en regelgeving. Gebleken is dat de aanvraag niet voldoet aan de voorwaarden die de overheid heeft bepaald. Vergoeding van een penisprothese is uitgesloten als het gaat om erectieproblemen. Dit is bevestigd door het Zorginstituut in het "Overzicht zorgactiviteiten met een aanspraakcode Zvw". Daarbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze beperking van de vergoeding in 2014 niet is gewijzigd ten opzichte van het daaraan voorafgaande jaar. Dat verzoeker heeft aangetoond dat (andere) verzekeraars in 2013 de onderhavige ingreep hebben vergoed doet aan bovenstaande niet af, temeer nu niet is gebleken dat dit identieke situaties betrof.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij nooit een toezegging heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de overheid de omvang van het verzekerde pakket bepaalt. Uit het "Overzicht zorgactiviteiten met een aanspraakcode Zvw" volgt dat geen sprake is van verzekerde zorg.
- 5.3. 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, die ook van toepassing zijn op 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 in artikel 1 e.v. van de "aanspraken" van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 24 van de "aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg (poliklinisch) bestaat en luidt:
"Ondergaat u een medisch-specialistische poliklinische behandeling? Dan heeft u aanspraak op:
a. medisch-specialistische zorg;
b. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
(...)
De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.
(...)"

8.4. Artikel 24 van de "aanspraken" 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 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 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 penisprothese (zijnde een erectieprothese) is niet als aparte aanspraak

opgenomen in de "voorwaarden en aanspraken" 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 door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde " Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw d.d. 2 juli 2013" dat geen sprake is van een verzekerde prestatie. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op een penisprothese, ten laste van de zorgverzekering. De commissie komt tot het oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag op grond van de verzekeringsvoorwaarden terecht heeft afgewezen.

De stelling van verzoeker dat sprake is van (seks)discriminatie treft geen doel. Het is de wetgever die heeft bepaald dat het plaatsen en vervangen van borstprothesen bij vrouwen onder omstandigheden tot de verzekerde zorg behoort. De vergelijking met penisprothesen is daarnaast niet zonder meer te maken, aangezien het bij borstprothesen gaat om het opheffen van een contourdefect, terwijl de penisprothese het opheffen van een functioneel defect betreft. Hieraan doet niet af dat de aanleiding voor beide prothesen soms vergelijkbaar is.

Gewekt vertrouwen

- 9.3. Verzoeker heeft zich verder beroepen op een uitspraak van de (toenmalig) behandeld medisch-specialist. Deze vertelde hem (in 2013) te moeten wachten met het uitvoeren van de ingreep, onder andere in verband met het reeds bereikte maximum aantal te vergoeden operaties, terwijl op dat moment volgens verzoeker nog wél vergoeding mogelijk was. Deze stelling kan verzoeker echter niet baten, aangezien de thans gevraagde behandeling dient te worden beoordeeld aan de hand van de ten tijde van de aanvraag geldende verzekeringsvoorwaarden en niet aan de hand van de voorwaarden van 2013. Dat verzoeker reeds in 2013 een aanvraag voor de onderhavige ingreep heeft ingediend blijkt overigens niet uit de stukken.

Coulance

- 9.4. 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.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2015,

A.I.M. van Mierlo