



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, orchidectomie met plaatsing testikelprothese, reconstructie hypospadie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201400410
Zittingsdatum : 17 december 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo nr. 883/2004, 3:37 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, 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 verzekering ZorgVerzorgd (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 JongerenVerzorgd 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. Top Medical Care heeft op 10 juli 2012 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een orchidectomie met plaatsing van een testikelprothese, en een reconstructie van een hypospadie, te ondergaan te Gronau, Duitsland (hierna: de aanspraak). Op 28 januari 2013 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hem is verteld dat de aanvraag niet was ontvangen. Op dezelfde dag heeft Top Medical Care de stukken via een e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 6 januari 2014 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar bij aangetekende brief nogmaals verzocht over te gaan tot vergoeding.
- 3.2. Bij brief van 23 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een vergoeding te verlenen van € 867,93.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 16 juli 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 6 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 oktober 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 december 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon 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 22 oktober 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014136528) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar voor de orchidectomie het juiste DOT zorgproduct is gekozen. De testisprothese maakt deel uit van dit tarief. Voor de hypospadiecorrectie bestond geen indicatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 december 2014 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 december 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 19 december 2014 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. Bij brief van 20 januari 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het verband tussen de genoemde (mictie)klachten en de hypospadië niet is aangetoond. Een mogelijk verband tussen de hypospadië en de urinewegontstekingen wordt niet door onderzoek bevestigd. Ook bestaan geen andere aanwijzingen voor lichamelijke functiestoornissen ten gevolge van de hypospadië. Van (ernstige) verkromming van de penis blijkt geen sprake. Een afschrift van dit advies is op 22 januari 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, ontvangen op 27 januari 2015, op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend arts heeft over verzoeker het volgende verklaard: *“Bei dem Patienten bestehen rezidivierende Hodenschmerzen rechts seit ca. 6 Jahren. Zusätzlich besteht bekannte penile Hypospadië mit Miktionsbeschwerden (rezidivierende Infekte, dünner Harnstrahl, Brennen beim Wasser lassen). Nach mehreren ambulanten Vorstellungen erfolgte nach ausführlicher Beratung die Indikation zur inguinalen Orchi[d]ektomie und Hodenprothese-Einlage rechts sowie in gleicher Sitzung die Hypospadiësanierung. Die weitere Anamnese des Patienten dürfen wir freundlicherweise als bekannt voraussetzen. (...)”*.
- 4.2. Verzoeker heeft vóór de ingreep gedurende zes jaar ondraaglijke pijn gehad als gevolg van ontstekingen aan zijn rechtersstiel, waarvoor hij diverse ziekenhuisopnames heeft gehad, en waarvoor vele antibioticakuren zijn voorgeschreven. Telkens opnieuw werd de diagnose "epidymitis" gesteld. De behandelingen hadden geen effect. Bij de laatste ontsteking, waarbij

het scrotum dertig keer zo groot was als normaal, werd door de Nederlandse arts gesteld dat de klachten "tussen zijn oren zaten". Na een telefonisch consult op 26 juni 2012 is verzoeker hersteld verklaard.

- 4.3. Omdat verzoeker ernstige pijn bleef houden en inmiddels ten einde raad was, is hij door zijn huisarts verwezen naar een arts in Gronau in verband met een second opinion. Deze arts is na onderzoek tot de conclusie gekomen dat, gelet op de zeer geringe doorbloeding van de rechter testikel, een operatie zeer dringend gewenst was teneinde infectieverspreiding en tumorvorming te voorkomen. Verder heeft de arts medegedeeld dat de vernauwde urethra een mogelijke oorzaak van de steeds terugkerende ontstekingen vormde. Om die reden is besloten deze vernauwing tijdens dezelfde ingreep te verhelpen. Het tegengaan van ontstekingen aan de andere testikel had mede tot doel onvruchtbaarheid bij verzoeker te voorkomen.
Op 10 juli 2012 is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor de gecombineerde behandeling ingediend.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft met het ziekenhuis in Gronau een contract. Aan verzoeker is medegedeeld dat de kosten rechtstreeks zouden worden gedeclareerd. Verzoeker heeft geen afwijzing van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Eerst nadat het ziekenhuis overging tot vordering van de kosten ten bedrage van € 9.132,- bij verzoeker, werd hij ermee bekend dat door de ziektekostenverzekeraar geen volledige vergoeding werd verleend.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar weigert de operatie aan de urethra te vergoeden, omdat de noodzaak van de ingreep niet wordt erkend. De behandelend arts is echter zeer kundig, en hij achtte de ingreep noodzakelijk. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar denkt dat een zware operatie zou worden uitgevoerd zonder dat daar een directe noodzaak voor bestaat.
- 4.6. Voorts is vergoeding van de testikelprothese afgewezen op de grond dat het niet zou gaan om een verzekerde prestatie. Hierover merkt verzoeker op dat deze prothese niet had hoeven te worden geplaatst indien in Nederland direct de juiste behandeling had plaatsgevonden. Bovendien krijgen vrouwelijke verzekerden onder bepaalde omstandigheden wel borstprothesen en het verwijderen van eierstokken vergoed. Verzoeker is daarom van mening dat hier sprake is van discriminatie.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de visie van de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut afwijkt van die van een deskundig uroloog, die werkt bij een gecontracteerde instelling. De huisarts zag direct wat er aan de hand was, en stuurde verzoeker door naar Duitsland. Hij heeft zes jaar lang klachten gehad in de vorm van ontstekingen, en is hiervoor onderzocht in Amsterdam, Denemarken en Enschede. Er wordt gesuggereerd dat de behandeling cosmetisch is, maar dit is niet het geval. Als de arts in Enschede zijn werk goed had gedaan, waren de kosten volledig vergoed. Aldaar werd verzoeker echter verteld dat het probleem tussen zijn oren zat. In Duitsland is direct een juiste diagnose gesteld en een behandeling gestart. Door de operatie zijn de klachten opgelost.
- 4.8. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoeker verklaard dit advies zeer teleurstellend te vinden. Niet gebleken is dat de medisch adviseur van het Zorginstituut, die een beoordeling heeft gedaan op basis van de stukken, voldoende urologische kennis heeft om hierover een advies te kunnen geven. Er wordt voorbij gegaan aan het oordeel van een professor in de urologie, die destijds van mening was dat de hypospadiecorrectie noodzakelijk was. Wederom wordt meer waarde gehecht aan een verklaring van de arts in Enschede, die de situatie onjuist heeft beoordeeld. Er wordt geen aandacht besteed aan het feit dat sinds de hypospadiecorrectie geen klachten meer aanwezig zijn.
- 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. De door verzoeker genoemde aanvraag van 10 juli 2012 is niet door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Daarom is niet getoetst aan artikel 20 van Vo nr. 883/2004 en is geen S2-formulier afgegeven.

5.2. De orchidectomie vormt een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, en hiervoor had verzoeker een indicatie. De kosten zijn vergoed aan de hand van het DBC-zorgproduct 149899013. Het ziekenhuis in Gronau is voor deze ingreep niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Daarom is conform de 'lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg niet gecontracteerde zorgaanbieders' een bedrag vergoed van € 867,39. Het ontbreken van een contract was overigens bij de zorgaanbieder bekend. Dit is ook de reden dat de nota niet rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd, maar aan verzoeker is gezonden.

5.3. De testikelprothese vormt een onderdeel van de orchidectomie, en valt daarom onder hetzelfde DBC-zorgproduct. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op een aanvullende vergoeding hiervoor.

5.4. Een reconstructie in verband met hypospadie is verzekerde zorg. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet echter wel sprake zijn van een indicatie. Uit de beschikbare gegevens blijkt niet dat bij verzoeker sprake was van een functionele stoornis. Daarom bestond geen medische noodzaak voor de ingreep, en kunnen de kosten ervan niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de beoordeling door het Zorginstituut overeenstemt met het oordeel van de ziektekostenverzekeraar. De vergoeding zal nog worden verhoogd van 60 naar 75 percent van het gecontracteerde tarief, zodra het bindend advies is uitgebracht. Het gecontracteerde tarief bedraagt ongeveer € 1.400,--.

5.6. 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 zorgverzekering en van 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek,*
- behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. (...)*

[Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website (...) /zorgvinder vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met [naam ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Er gelden maximale vergoedingen. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op [website]. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen dan krijgt u een vergoeding van het bedrag dat in Nederland marktconform is. (...)"

- 8.4. Artikel B27 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

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

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting (...)"*

- 8.5. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 8.6. De artikelen B9, B24 en B27 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
Plastische chirurgie is geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.8. 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 gereuleerde 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.
- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft gesteld dat op 10 juli 2012 door Top Medical Care een aanvraag is gedaan voor de behandeling. De ziektekostenverzekeraar stelt deze aanvraag niet te hebben ontvangen. Op grond van artikel 3:37 BW dient een verklaring, om haar werking te hebben, de geadresseerde te hebben bereikt. Wordt de verklaring niet door de geadresseerde ontvangen, dan ligt in beginsel het risico ter zake bij de verzender, in dit geval Top Medical Care namens verzoeker. Aangezien


niet aannemelijk is geworden dat de aanvraag de ziektekostenverzekeraar heeft bereikt, is niet tijdig voorafgaande toestemming gevraagd, zodat Vo. nr. 883/2004 buiten toepassing blijft en het recht op vergoeding dient te worden beoordeeld aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden.

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de orchidectomie een verzekerde prestatie vormt en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van het DBC zorgproduct 149899013 met als omschrijving: "*Oper. open middel / Urogenitaal gesl. org. man*". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het ziekenhuis in Gronau door hem niet voor deze zorg gecontracteerd. De maximale vergoeding bedraagt daarom - gelet op de 'lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieders' - € 867,93. Dit bedrag - hetwelk overeenkomt met 60 percent van het gecontracteerde tarief - is aan verzoeker vergoed. De vraag is vervolgens of een restitutiekorting mag worden toegepast, en zo ja, hoeveel deze korting mag bedragen. Gelet op artikel 13 Zvw luidt het antwoord op het eerste deel van de vraag bevestigend. Wat betreft de hoogte van de korting is van belang dat de ziektekostenverzekeraar in zijn nader commentaar van 6 oktober 2014 heeft toegezegd een aanvullende vergoeding te verlenen tot 75 percent van het gecontracteerde tarief. Laatstgenoemd percentage is overeenkomstig eerdere uitspraken van de commissie zodat dit onderdeel van het verzoek geen verdere bespreking behoeft.
- 9.4. De testikelprothese maakt deel uit van de orchidectomie, en valt om die reden onder eerdergenoemd DBC zorgproduct. Verzoeker heeft geen aanspraak op een aanvullende vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. De correctie van de hypospadie komt volgens de ziektekostenverzekeraar niet voor vergoeding in aanmerking, omdat bij verzoeker vóór de ingreep geen sprake was van een functiestoornis. Aangezien een hypospadiecorrectie een puur cosmetisch karakter kan hebben, dient deze te worden getoetst aan de voorwaarden voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Beoordeeld dient daarom te worden of bij verzoeker sprake was van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.6. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader met name worden gedacht aan mictieklachten. Met betrekking tot de mictieklachten wordt door de huisarts opgemerkt dat de urinestraal zwak is en dat de doorgang wat vernauwd is, maar dat verder geen obstruerende factoren worden gezien. Uit de verklaring van verzoeker volgt dat de behandelend arts in Gronau de hypospadiecorrectie heeft uitgevoerd, omdat hij dacht dat de geconstateerde vernauwing een mogelijke oorzaak was van de recidiverende infecties. Na de ingreep zijn de bestaande klachten verdwenen. Het Zorginstituut merkt in het advies van 20 januari 2015 op dat een mogelijk verband tussen de (mictie)klachten en de hypospadie niet is aangetoond en dat een mogelijk verband tussen de hypospadie en de urineweginfecties niet door onderzoek wordt bevestigd. Van een (ernstige) verkromping van de penis is niet gebleken. De commissie concludeert op basis hiervan dat door verzoeker onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat voorafgaand aan de ingreep sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder is niet gebleken van verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.


 **Conclusie**

 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van het aanhangig maken van het geschil een aanvullende vergoeding heeft toegezegd tot 75 percent van het gecontracteerde tarief acht de commissie termen aanwezig deze te verplichten het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

 Zeist, 11 februari 2015,

 mr. drs. P.J.J. Vonk