



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, vervanging erectieprothese
Zaaknummer : 201600055
Zittingsdatum : 12 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna 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 Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (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 Delta Lloyd Compleet 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandenGaaf 100% tot € 1.000,-- is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vervanging van zijn hydraulische erectieprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 november 2015 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 brief van 15 december 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 10 februari 2016 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 8 maart 2016 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 30 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 mei 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 september 2016 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 31 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 31 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016071253) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat vanaf 2014 in het DBC-systeem een aanspraakbeperking gold ter zake van het chirurgisch plaatsen van erectieprothesen, waardoor deze ingreep niet ten laste van de zorgverzekering kon worden vergoed. In zoverre is de afwijzing in overeenstemming met de toen geldende regels. Het Zorginstituut merkt op dat voornoemde beperking indertijd was ingegeven, omdat onduidelijk was voor wie respectievelijk bij welke indicaties een medische noodzaak om te behandelen aanwezig was. Vanaf 1 september 2016 is deze duidelijkheid gerealiseerd. Het Zorginstituut licht dit als volgt toe: *"De urologen (NVU) hebben een document met "Indicatie- en kwaliteitsvoorwaarden implantatie Erectieprothese" opgesteld, waarin volgens Zorginstituut Nederland de indicatievoorwaarden voor het operatief plaatsen van een erectieprothese afdoende zijn onderbouwd. Vanaf 1 september 2016 heeft het Zorginstituut daarom een wijziging aangebracht in het document "Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw". De aan de zorgactiviteiten 036847 en 190303 gekoppelde 'oranje' aanspraakbeperking blijft bestaan, maar de vermelding "geen verzekerde zorg indien het erectieprothesen betreft" wordt vervangen door: "implantatie van een erectieprothese is verzekerde zorg, indien voldaan is aan de indicatievoorwaarden zoals opgenomen in het NVU-standpunt Indicatie- en kwaliteitsvoorwaarden implantatie Erectieprothese"."* Het Zorginstituut vervolgt: *"Het implanteren van een erectieprothese behoort van 1 september 2016 dus tot de te verzekeren prestaties bij de in het document genoemde indicaties. Een nieuwe aanvraag van verzoeker kan vanaf 1 september beoordeeld worden tegen deze nieuwe indicatievoorwaarden."* Het Zorginstituut merkt op dat op grond van de in het dossier aanwezige informatie niet kan worden beoordeeld of verzoeker thans voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 september 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 14 oktober 2016 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 21 oktober 2016 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/medisch seksuoloog verklaart in zijn brief van 2 november 2015 dat bij verzoeker sprake is van een organische erectiestoornis, hetgeen in 2004 heeft geleid tot het plaatsen van een hydraulisch erectieprothesesysteem. Dit systeem heeft altijd naar volle tevredenheid gewerkt. Verzoeker heeft met zijn echtgenote jarenlang wekelijks plezierig seksueel

verkeer kunnen hebben. Vanaf 2015 is echter sprake van een disfunctionerende prothese, waarbij geen rigiditeit meer wordt verkregen. De oorzaak hiervan bleek bij onderzoek in het pompsysteem te liggen.

De arts realiseert zich dat het plaatsen van een erectieprothese niet behoort tot de verzekerde prestaties. Hij doet daarom ten behoeve van verzoeker een beroep op de coulanceregeling voor vervanging van de prothese door een nieuw systeem, omdat (i) verzoeker de prothese al had, en (ii) sprake is van een actieve seksuele relatie en veelvuldig gebruik. De huidige prothese is na elf jaar goed en veelvuldig gebruik aan het einde van zijn levensduur geraakt.

4.2. Verzoeker merkt op dat de erectieprothese destijds door zijn toenmalige verzekeraar is vergoed. Deze verzekeraar bestaat echter niet meer sinds 1 januari 2015. Verzoeker is vanaf deze datum verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de aanvraag voor de onderhavige behandeling destijds is afgewezen. Blijkbaar zit de behandeling vanaf 1 september 2016 weer in het verzekerde pakket. Daarnaar gevraagd antwoordt verzoeker dat de ingreep nog niet heeft plaatsgevonden. Hij gaat contact opnemen met zijn arts over het indienen van een nieuwe aanvraag.

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. Het plaatsen van een erectieprothese bij erectieproblemen is geen verzekerde zorg. Daarom komt ook de aangevraagde vervanging van de huidige erectieprothese niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aangevraagde behandeling.

5.3. De ziektekostenverzekeraar maakt voor verzoeker geen uitzondering door de kosten coulancehalve te vergoeden, omdat er meer verzekerden in dezelfde situatie verkeren als verzoeker. Indien dit wél zou worden gedaan, moet de ziektekostenverzekeraar namelijk ook aan die verzekerden een vergoeding toekennen, waardoor geen sprake meer zal zijn van een uitzondering.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ten tijde van de aanvraag geen sprake was van verzekerde zorg. Inmiddels hebben de urologen bepaald bij welke indicaties wél recht bestaat ten laste van de zorgverzekering. Een en ander is ingegaan per 1 september 2016. De ingreep werd nog niet uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierover vorige week gebeld. Verzoeker heeft toen kenbaar gemaakt dat hij de uitkomst van de onderhavige procedure wilde afwachten.

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 A.22 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 vervanging van zijn huidige disfunctionerende hydraulische erectieprothese, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)”

 8.4. Artikel B.4 van de zorgverzekering is volgens artikel A.2 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 te verzekeren prestaties zijn in die zin limitatief omschreven. De erectieprothese is niet als aparte aanspraak opgenomen in de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving.

 9.2. Voor zover het de aanspraak in het kader van medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.1 van de zorgverzekering betreft, blijkt uit het "Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakcode Zvw" van het Zorginstituut dat ten tijde van de aanvraag geen sprake was van een te verzekeren prestatie. In het advies van 31 augustus 2016 heeft het Zorginstituut vastgesteld dat op het moment van aanvraag in het DBC-declaratiesysteem een zogenoemde aanspraakbeperking was opgenomen, hetgeen tot gevolg had dat een erectieprothese niet ten laste van de zorgverzekering werd 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.

- 9.3. Het enkele feit dat in het verleden een vergoeding voor de erectieprothese is verleend door een andere verzekeraar is onvoldoende om te concluderen dat verzoeker aanspraak heeft op vervanging hiervan ten laste van de zorgverzekering. Op het moment van plaatsing van de erectieprothese in 2004, was de Zvw immers nog niet van kracht, zodat de kosten destijds op een andere basis zijn vergoed, terwijl daarnaast aanspraken in de loop der jaren kunnen wijzigen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Coulance

- 9.5. 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

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 oktober 2016,

A.I.M. van Mierlo