

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelen, aangepaste breukband
Zaaknummer : ANO07.239
Zittingsdatum : 18 juli 2007

Zaak: ANO07.239, hulpmiddelen, aangepaste breukband.

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 17 november 2006 inzake het niet vergoeden van een aangepaste breukband.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgzaampolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 17 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de ten behoeve van hem naar aanleiding van een aanvraag daartoe door een hulpmiddelenleverancier geoffreerde aangepaste breukband niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd en in dat verband een tweede aanvraag overgelegd. Bij brief van 26 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 4 februari 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de door hem aangepaste breukband ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 17 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 12 juni 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 18 juni 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 5 juli 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 6 juli 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 18 juli 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 18 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 27 juli 2007 van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is een 75-jarige man. Blijkens een aanvraag van 16 oktober 2006, waarvan de herkomst overigens niet duidelijk is, is bij hem sprake van 'ernstig zwakke buikmusculatuur'.
Verzoeker heeft zich tot een hulpmiddelenleverancier gewend, welk bedrijf de zorgverzekeraar op 3 november 2006 een offerte heeft doen toekomen voor een aangepaste breukband ten behoeve van verzoeker.
- 4.2. Na de afwijzing door de zorgverzekeraar wegens het ontbreken van een juiste medische indicatie, is op 6 december 2006 een nieuwe aanvraag ingediend, waarvan de herkomst evenmin duidelijk is. Hierop staat vermeld dat verzoeker onder behandeling is bij een chirurg in het UMCG. De medische toelichting op deze aanvraag luidt: "onbegrepen verslapping in de buikmusculatuur, geen organische oorzaak, geen operatieve mogelijkheden, patiënt is gebaat bij een aangepaste breukband."
- 4.3. Verzoeker kan zich niet vinden in de afwijzing van deze tweede aanvraag, welke volgens hem afkomstig is van het UMCG en die hij zelf bij het zorgkantoor heeft ingediend. Volgens hem is sprake van een aangepaste breukband en niet, zoals door de zorgverzekeraar wordt beweerd, van een stoma-steunbandage. Voorts meent hij dat het gestelde in de heroverweging tot geen andere conclusie kan leiden dan dat hij in zijn situatie wel degelijk aanspraak heeft op een breukband.
- 4.4. Ter zitting brengt verzoeker in dat zijn situatie bijzonder is omdat zijn aandoening waarvoor de aangepaste breukband wordt aangevraagd, door zijn behandelend artsen wel onderkend maar niet benoemd kan worden. Hij begrijpt niet waarom de zorgverzekeraar geen informatie heeft ingewonnen bij zijn behandelend medisch-specialist. Evenmin begrijpt hij waarom voor bijzondere gevallen geen uitzondering op de regels kan worden gemaakt. Verzoeker blijft dan ook bij zijn standpunt dat de zorgverzekeraar gehouden is dit hulpmiddel ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van mening dat verzoeker niet is aangewezen op het gevraagde hulpmiddel. De door de hulpmiddelenleverancier van verzoeker geoffreerde stoma-steunbandage is een standaard product, en geen aangepaste breukband, zoals verzoeker beweert. Steunbandages zoals geoffreerd maken geen deel uit van de dekking uit hoofde van de zorgverzekering.
- 5.2. Voor zover het gevraagde hulpmiddel een breukband betreft, welke als zodanig wél onder de dekking van de zorgverzekering valt, blijkt dat verzoeker geen indicatie – in de vorm van een breuk – heeft op grond waarvan een dergelijke breukband ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 5.3. Voor het geval het gevraagde hulpmiddel zou kunnen kwalificeren als een korset, dient, om voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen, sprake te zijn van een afwijking van de wervelkolom. Ook hiervan is de zorgverzekeraar niet gebleken.
- 5.4. Ter zitting deelt de zorgverzekeraar mee begrip te kunnen opbrengen voor de situatie van verzoeker, doch dat hij met handen en voeten gebonden is aan de onderliggende regelgeving, die de omvang van het te verzekeren pakket bepaalt.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepols, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor hulpmiddelen staat vermeld in artikel 4.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover van belang wordt hier bepaald:

“Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (...). In het Reglement

Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is opgenomen welke leverancier het door u benodigde hulpmiddel mag leveren en zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.

(...)

Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opnemings of behandeling, vallen niet onder de vergoeding van kosten.

Het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar bepaalt vervolgens in artikel 4.6, voor zover hier relevant, het volgende:

"Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals

Door:

- Breukbanden dienen te worden geleverd door een medische speciaalzaak of een Orthopedisch Instrument Maker (...)

(...)

Voorschrijfvereisten:

- Voor de 1^e aanvraag van (...) breukbanden is een voorschrift van de behandelend arts vereist.

(...)

Toestemmingsvereisten

Voor orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

(...)"

Eigendom, huur, bruikleen

Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals worden in eigendom verstrekt."

- 7.3. De regeling van artikel 4.15 van de zorgverzekering en artikel 4.6 van het Reglement Hulpmiddelen is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2.2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelen zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 van het Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 tot en met 2.36 van de Rzv. De aanspraak op orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals, waartoe breukbanden worden gerekend, is geregeld in de artikelen 2.6 e en 2.12 lid 1 onder g van de Rzv.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In de toelichting op de Rzv, die integraal deel uitmaakt van de zorgverzekering, wordt verduidelijkt dat voor orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals, geldt dat al-

le middelen die tot het gestelde doel kunnen leiden, te weten ondersteuning bij deficiëntie van lichaamsdelen, daaronder vallen. De hulpmiddelen kunnen zowel op conventionele wijze zijn uitgevoerd als van moderne materialen zijn vervaardigd. Ten aanzien van de in artikel 2.12 lid 1 onder g genoemde breukband, worden in de toelichting geen nadere eisen gesteld. Ook in artikel 2.12 van de Rzv zelf zijn geen nadere voorwaarden gesteld, en evenmin zijn in bijlage 3 zorginhoudelijke criteria vermeld, waarmee het indicatiegebied voor een breukband wordt beperkt.

- 7.7. Uit artikel 4.6 van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar, volgt dat de – standaard – breukband een hulpmiddel is dat als verzekerde prestatie in de zorgverzekering is opgenomen. Hoewel de offerte van de hulpmiddelenleverancier betrekking heeft op een stoma steunbandage, begrijpt de commissie de aanvraag van 6 december 2006 als een aanvraag voor een aangepaste breukband.
- 7.8. Een breukband is een verstrekking die is geïndiceerd bij een buikwandbreuk – een hernia abdominalis – welke diverse uitingsvormen kent. Het gaat daarbij echter altijd om een abnormale uitpuiling van weefsel, van een orgaan of een deel daarvan, via een natuurlijke of verworven opening in een weefsellaag van de buik. Nu uit de aanvraag niet blijkt dat sprake is van een buikwandbreuk, ontbreekt in de situatie van verzoeker een indicatie tot het vergoeden van de aangeschafte aangepaste breukband.
- 7.9. In het kader van de aanvraag van een eerste breukband dient een voorschrift van de behandelend arts te worden overgelegd. Zowel de aanvraag van 16 oktober 2006 als die van 6 december 2006 zijn ondertekend door twee verschillende personen, van wie de identiteit niet is te achterhalen en die ook anderszins, behoudens de mededeling van verzoeker daaromtrent, geen aanwijzing opleveren als het gaat om de vraag door wie het voorschrift heeft verstrekt. Derhalve is niet vast te stellen dat de eerste aanvraag door een behandelend arts is gedaan. De zorgverzekeraar heeft om die reden de aanvraag terecht afgewezen.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 september 2007,

Voorzitter