

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelen, lymfedrainage apparaat voor gebruik thuis
Zaaknummer : 2007.1696
Zittingsdatum : 9 april 2008

Zaak 2007.01696, Hulpmiddelen, lymfedrainage apparaat voor gebruik thuis

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 Bzv, 2.1 en 2.6 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 25 april 2007 om het aangevraagde lymfedrainage apparaat voor gebruik thuis niet te verstrekken.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgdverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. Verzoekster maakt aanspraak op verstrekking van een lymfedrainage apparaat voor gebruik thuis ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 2 augustus 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 12 november 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 februari 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Partijen hebben hier gebruik van gemaakt.

- 3.9. Bij brief van 1 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Bij brief van 25 maart 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te doen onder meer omdat niet duidelijk is of de kousen waarover verzoekster beschikt therapeutisch elastische kousen zijn, en zo ja, waarom deze niet zouden volstaan. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 april 2008 gehoord. Verzoekster in persoon, de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 29 juli 2008 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de conclusie van het onderzoek na de zitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CZV bij brief van 22 augustus 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag aanleiding vormt tot verder nader onderzoek, en dat zijn advies voor het overige als definitief kan worden beschouwd..

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster wordt sinds september 2005 behandeld wegens lymfoedeem in beide benen. In die periode is zij doorverwezen naar de vaatchirurg die haar operatief heeft behandeld. Verzoekster heeft goed op de behandeling gereageerd. Deze behandelingen bestonden uit lymfepress, manuele lymfedrainage en lymfetaping.
- 4.2. De huisarts van verzoekster heeft een verklaring overgelegd (gedateerd 11 september 2007) welke de medische historie van verzoekster weergeeft.
- 4.3. Verzoekster stelt dat een behandeling thuis met een haar ter beschikking gesteld lymfedrainage apparaat haar leven aangenamer zou maken. Daardoor zou zij de zorgverzekeraar veel kosten besparen, omdat zij anders elke week voor behandelingen naar de therapeut moet. Bovendien heeft ze bij een ter beschikking gesteld apparaat zelf meer bewegingsvrijheid.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende gesteld. Thans ontvangt zij één maal per week fysiotherapie, welke behandeling in combinatie met de steunkousen, net toereikend is. Op de vraag naar de maat van de steunkousen in samenhang met haar gewichtsverlies geeft verzoekster aan dat de steunkousen herhaaldelijk zijn vervangen. Omdat het aantal paar te declareren steunkousen per jaar beperkt is, heeft zij niet alle rekeningen daarvan aan de zorgverzekeraar gezonden. Voorts stelt zij dat het lymfedrainage-apparaat, dat zij twee tot drie keer per week zou kunnen gebruiken, de behandelingen fysiotherapie zou reduceren tot één keer per drie á vier weken. Dat zou haar bewegingsvrijheid vergroten, omdat zij dan niet meer elke week naar de fysiotherapeut hoeft voor de voor haar onmisbare behandeling. Zij zou dan wat langer en verder weg kunnen reizen.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar een lymfedrainage apparaat aan haar dient te verstrekken.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat uit de brief van 29 maart 2007 blijkt dat de behandeling met manuele lymfedrainage, met de lymfepress en met de lymfetaping succesvol was. Aanspraak op een compressieapparaat bestaat slechts indien een combinatie van klassieke maatregelen niet het gewenste resultaat heeft gehad.
- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard hernieuwd onderzoek te zijn begonnen inzake de aanvraag van verzoekster. Dit onderzoek, op basis van expliciete vragen, heeft geleid tot onvoldoende reactie van de behandelaars van verzoekster, zodat de zorgverzekeraar geen aanleiding ziet zijn standpunt te herzien.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 8.9 van de zorgverzekering. Dit artikel, bepaalt voor zover hier van belang, het volgende:

*“1 Hulpmiddelenzorg omvat de bij Regeling zorgverzekering aange-
wezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden
geregeld:*

a in welke gevallen verzekerde recht heeft op die zorg;

b (...);

*De Regeling zorgverzekering, bedoeld in de eerste volzin, wordt geacht van deze
overeenkomst deel uit te maken. Op de hulpmiddelenzorg is tevens het Verzekerings-
reglement zorg van zorgverzekeraar van toepassing, dat eveneens van deze over-
eenkomst deel uitmaakt. De Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement
zorg kunnen worden geraadpleegd via de website van zorgverzekeraar en worden op
verzoek toegezonden.”*

In artikel 7.1 van het Verzekeringsreglement van de zorgverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*“1 In het Overzicht Hulpmiddelen wordt per categorie hulpmiddelen een aantal nadere
vereisten vermeld voor aanspraak op hulpmiddelen, alsmede de tarieven welke maxi-
maal voor vergoeding in aanmerking komen indien verzekerde zich wendt tot een niet
gecontracteerde zorgaanbieder. Daar waar in het Overzicht Hulpmiddelen gebruiks-
termijnen en/of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze uitsluitend van indica-
tieve aard. Van deze gebruikstermijnen en/of gebruiksaantallen kan in individuele ge-
vallen worden afgeweken.*

*2 Verzekerde heeft geen aanspraak op een hulpmiddel indien dat hulpmiddel redelij-
kerwijs overbodig, onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is. On-
der aanspraak is begrepen verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een
hulpmiddel.”*

In het Overzicht Hulpmiddelen wordt compressieapparatuur, onder bepaalde voorwaarden, vermeld.

In artikel 8.2 van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, bepaald:

"De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat, worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 7.2. De regeling in de artikel 8.2 en 8.9 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelenzorg is, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 van het Bzv, en uitgewerkt in de artikelen 2.6 e.v. van de Rzv. In artikel 2.6 lid 1 onderdeel m van de Rzv is geregeld dat aanspraak bestaat op verstrekking van uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe. In artikel 2.1 lid 2 van het Bzv is, voor zover hier van belang, geregeld dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Partijen strijden niet over de vraag of lymfedrainage apparatuur als een verzekerde prestatie moet worden beschouwd, zodat daarvan moet worden uitgegaan. In geschil is of verzoekster een indicatie heeft voor de verstrekking van lymfedrainage apparatuur in de thuissituatie. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt.
- 7.6. Mede op grond van de CBO richtlijn Lymfoedeem 2002 en een advies van het CVZ uit 2004 (RZA 2004, 139) kan pas van een indicatie voor compressie apparatuur als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering worden gesproken, indien een combinatie van (klassieke) maatregelen niet slaagt. Verzoekster heeft, voldoende aannemelijk gemaakt dat een combinatie van (klassieke) maatregelen niet slaagt. Met name is door de fysio/lymfetherapeut van verzoekster bij brief van 12 november 2008 aannemelijk gemaakt dat de nieuw aangemeten lange steunkousen niet adequaat zijn en is duidelijk geworden dat het onderhavige hulpmiddel de behandelfrequentie op basis van proefondervindelijke ervaring de behandeling kan vervangen.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 3 december 2008

Voorzitter