

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelen, matras
Zaaknummer : 2009.01661
Zittingsdatum : 10 februari 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.33 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 23 april 2009 het verzoek tot vervanging van een natuurrubber matras af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Lattoflex Luxe natuurrubber matras ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Ter onderbouwing van dit verzoek heeft de revalidatiearts op 29 april 2009 schriftelijk medegedeeld dat bij verzoeker de volgende diagnose is gesteld: *“status na trauma (1990) met diverse fracturen sacrum en bekken met radiculopathie, kan slecht staan, zitten en pijnklachten bij liggen in bed.”* Bij brief van 21 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 7 oktober 2009 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 4 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 december 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 december 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 4 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29133032) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door verzoeker gewenste voorziening geen hulpmiddel is zoals omschreven in de Regeling zorgverzekering (Rzv) en dat verzoeker bovendien geen indicatie heeft voor een dergelijk hulpmiddel. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 11 februari 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 februari 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij, als gevolg van zijn fysieke beperkingen, voor een goede nachtrust is aangewezen op een Lattoflex matras, hetgeen wordt onderschreven door zowel zijn huisarts als zijn revalidatiearts. Zijn huidige matras, dat in 1995 samen met een verstelbare lattenbodem is verstrekt op basis van de destijds geldende polisvoorwaarden, is aan vervanging toe. Via de thuiszorgwinkel Amstelring is een elastofaam soft matras uitgetest, maar dit matras voldoet niet.
- 4.2. De onderhavige vervangingsaanvraag moet gehonoreerd worden op grond van de regelgeving van 1995 en niet op grond van de huidige. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nooit erop gewezen dat de regelgeving ten aanzien van de in 1995 verstrekte matras is gewijzigd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Verzoeker heeft in 1990 een bedrijfsongeval gehad, waarbij hij elf meter naar beneden is gevallen. Bij

revalidatie bleek zitten en lopen moeizaam te gaan. Destijds is besloten dat een lattoflex met bijbehorend matras voor hem was aangewezen en heeft hij het bed en toebehoren in bruikleen verstrekt gekregen. Thans dient het matras vervangen te worden; het betreft derhalve geen nieuwe aanvraag. Verzoeker benadrukt dat hij het matras niet voor zijn plezier wil, maar dat het medisch noodzakelijk is, omdat hij anders een goede nachtrust misloopt.

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. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker niet voldoet aan de criteria om voor verstrekking van een aangepast bed dan wel een matras in aanmerking te komen. Dat in het verleden het bed en de matras ten laste van de toenmalige ziekenfondsverzekering zijn verstrekt, impliceert niet dat bij een verzoek om vervanging van de matras verzoeker automatisch aanspraak kan maken op verstrekking. Iedere aanvraag voor een verstrekking, ongeacht of het daarbij gaat om vervanging of een eerste verstrekking moet worden getoetst aan de op het moment van de aanvraag geldende regelgeving.
- 5.2. De verzekerden worden in algemene termen geïnformeerd over stelselwijzigingen en over algemene wijzigingen in het verstrekkingenpakket. Het is ondoenlijk iedere individuele wijziging kenbaar te maken. De toepasselijke polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen worden ieder jaar gepubliceerd.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat de beoordeling of een verzekerde is aangewezen op een specifiek hulpmiddel wordt gedaan door een arts. Deze heeft geoordeeld dat verzoeker op basis van de huidige regelgeving geen aanspraak heeft op het gewenste hulpmiddel. De polisvoorwaarden zijn aan veranderingen onderhevig, zodat het mogelijk is dat het bed en het matras destijds wel ten laste van de verzekering zijn gebracht. Of het bed al dan niet in bruikleen is gegeven, doet aan de indicatie niets af.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is het niet verstrekken van een Lattoflex natuurrubber matras ter vervanging van een in 1995 verstrekte matras, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 5 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 21 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“De omvang van de aanspraak wordt bepaald door de ministeriële regeling (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door [naam ziektekostenverzekeraar] nader vastgestelde ‘Reglement Hulpmiddelen’. Het ‘Reglement Hulpmiddelen’ maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Daar waar [naam ziektekostenverzekeraar] dit heeft aangegeven in het ‘Reglement Hulpmiddelen’ is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het ‘Reglement Hulpmiddelen’.

U heeft recht op:

Verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, af te leveren door een door [naam ziektekostenverzekeraar] tot dat doel gecontracteerde leverancier.

Voorwaarden:

- het hulpmiddel is voorgeschreven door de behandelend arts;*
- het hulpmiddel dient noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van [naam ziektekostenverzekeraar];*
- (...).*

Hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per hulpmiddel. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening.”

- 7.3. Artikel 21 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6 tot en met 2.36 Rzv. In artikel 2.33, eerste lid, sub d en e is bepaald dat aanspraak bestaat op bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen en anti-decubitus-matrassen ter behandeling en preventie van decubitus.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie overweegt dat in de polisvoorwaarden geen aanspraak is opgenomen voor vergoeding van het door verzoeker gevraagde matras. Conform artikel 21 van de zorgverzekering en artikel 2.33, eerste lid, sub d en e Rzv vallen uitsluitend ma-

trassen behorende bij bedden in speciale uitvoering en anti-decubitus-matrassen ter behandeling en preventie van decubitus onder de dekking. Niet is gebleken van een indicatie voor een bed in speciale uitvoering. De gevraagde matras is geen anti-decubitus-matras. Daarom komen deze kosten op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. Aangezien de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor het gevraagde kan het verzoek op basis van die verzekering niet worden toegewezen.

Overig

- 7.8. De stelling van verzoeker dat onderhavige vervangingsaanvraag gehonoreerd moet worden op grond van de wetgeving van 1995 en niet op grond van de huidige wetgeving, omdat de wetgeving na 1995 geen reparatiewetgeving is, is onjuist en moet worden verworpen. Een aanvraag dient beoordeeld te worden aan de hand van de feiten en omstandigheden waarin een verzoeker zich bevindt en op basis van de wet- en regelgeving, zoals deze zich voordoen en gelden ten tijde van de aanvraag..

Conclusie

- 7.9. 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 februari 2010,

Voorzitter