

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelen, diabetestestmateriaal
Zaaknummer : ANO07.056
Zittingsdatum : 4 april 2007

Zaak: ANO07.056, Hulpmiddelen, diabetestestmateriaal

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 en 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 lid 1 onder n en 2.20 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 8 december 2006 inzake de afwijzing op zijn aanvraag voor diabetestestmateriaal.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 8 december heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten van diabetestestmateriaal niet worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 14 december 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van het diabetestestmateriaal alsnog 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 24 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 1 maart 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8. Bij brief van 21 februari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 16 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies gehecht.

- 3.10. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 5 maart 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 19 maart 2007 heeft aangegeven niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Eind 2003 is bij verzoeker een verhoogd bloedsuikergehalte geconstateerd en is een behandeling met orale anti-diabetica gestart. Verzoeker is in het bezit van meetapparatuur en controleert het bloedsuikergehalte thans minimaal twee keer per week. Daarbij maakt hij gebruik van teststrips. In het jaar 2005 was betrokkene particulier verzekerd tegen ziektekosten en werden de kosten vergoed. In februari 2006 is verzoeker evenwel medegedeeld dat de declaraties rechtstreeks via de apotheek zouden moeten lopen en dat daartoe een machtiging vereist is. Deze is door de zorgverzekeraar geweigerd. Verzoeker meent dat in de afgelopen jaren een bepaald verwachtingspatroon is geschapen en dat hij daarom een blijvend recht op vergoeding heeft. In dat verband beroept hij zich voorts op telefonisch gedane toezeggingen door medewerkers van de zorgverzekeraar.
- 4.2. Verzoeker wijst er daarnaast op dat de kosten van het zelf controleren veel kleiner zijn dan die van regelmatige controle door de huisarts. Blijft de controle achterwege, dan zijn de gevolgen ingrijpender en de kosten, van bijvoorbeeld een ziekenhuisopneming, nog hoger. Verzoeker tekent daarbij aan dat andere kosten van preventieve zorg – zoals bloedverduuners – wel worden vergoed. Hij vraagt zich af waarom activiteiten in een door de zorgverzekeraar aangewezen sportschool wél onder de dekking vallen en de onderhavige kosten niet.
- 4.3. Naar de mening van verzoeker wordt over het niet-vergoeden van diabetestestmateriaal weinig tot niet geklaagd, aangezien de betrokken patiënten veelal tot de groep ouderen behoren.
- 4.4. Tot slot vraagt verzoeker aandacht voor de reclame-uitingen van de zorgverzekeraar en voor uitlatingen die door een lid van de directie zijn gedaan tijdens een tv-uitzending. Gezegd is toen onder meer: "Of een hulpmiddel wel of niet voor vergoeding in aanmerking komt, wij moeten daar niet te moeilijk over doen."

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich, onder verwijzing naar de artikelen 2.9 van het Besluit zorgverzekering, en 2.6 lid 1 onder n juncto 2.20 van de Regeling zorgverzekering, alsmede artikel 22 van de zorgverzekering en het eigen reglement Hulpmiddelen 2006, op het standpunt dat alleen een nagenoeg met orale middelen uitbehandelde diabeet en een insulinegebruikende diabeet aanspraak hebben op diabetestestmateriaal. Verzoeker behoort tot geen van de categorieën.
- 5.2. Inderdaad zijn de onderhavige kosten in het verleden vergoed ten laste van de door verzoeker gesloten particuliere ziektekostenverzekering. Deze verzekering is echter op 31 december 2005 om 0.00 uur van rechtswege beëindigd. Ten aanzien van de telefonische toezegging merkt de zorgverzekeraar op dat deze is gedaan tegen de achtergrond van de – onjuiste -- aanname dat verzoeker al insuline gebruikt.

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. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg.

Vergoeding voor hulpmiddelen staat vermeld in artikel 22 van de zorgverzekering. Voor zover in dit kader van belang, bepaalt dit artikel het volgende:

“U heeft aanspraak op:

- verstrekking van hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom of in bruikleen;

hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage; (...);

overeenkomstig het [...] reglement Hulpmiddelen. Het [...] reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen. (...)

Voorwaarden

- Voor de verstrekking, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een leverancier. In de bijlage van het [...] reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de verstrekking, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. (...)“

In de Algemene bepalingen van het reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is opgenomen dat het reglement een nadere uitwerking vormt van de Regeling zorgverzekering § 1.4 Hulpmiddelenzorg. Vervolgens wordt ter zake van hulpmiddelen bij diabetes, onder verwijzing naar artikel 2.6 lid 1 onderdeel n en artikel 2.20 van de Rzv, bepaald: *“voorschrift is voldoende bij een nagenoeg met orale middelen uitbehandelde diabeet en bij een insulinegebruikende diabeet.”*

- 7.3. De regeling van artikel 22 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 gebaseerd op de Zvw, het Bzv met de daarbij behorende regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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. Waar het gaat om hulpmiddelen is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.9 van het Bzv. De aanspraak op hulpmiddelen bij diabetes is verder uitgewerkt in de artike-

len 2.6 lid 1 onderdeel n en 2.20 van het Rzv. Laatstgenoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel n, omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:

a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
b. bloedglucosetestmeters, indien de verzekerde aangewezen is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips; (..)”

- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vast dat verzoeker volgens zijn eigen verklaring wordt behandeld met orale anti-diabetica. Dat behandeling met insuline wordt overwogen, is in de procedure niet naar voren gekomen. Eerder lijkt het tegendeel het geval nu verzoeker verklaart dat de behandeling met tabletten tot op heden “bijzonder goed is gelukt”. Aldus is niet voldaan aan de indicatie-eisen van het reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar en het Rzv, waarnaar het reglement verwijst.
- 7.7. De vraag is vervolgens of in afwijking van de zorgverzekering toch recht bestaat op verstrekking, hetzij uit hoofde van gewekte verwachtingen, dan wel vanwege een door de zorgverzekeraar gedane toezegging.
Waar het gaat om de gestelde, gewekte verwachtingen, merkt de commissie op dat het stelsel van ziektekostenverzekeringen met ingang van 1 januari 2006 ingrijpend is veranderd. Verzoeker mocht daarom niet zonder meer aannemen dat de onderhavige kosten na die datum, als voorheen onder het regime van de particuliere ziektekostenverzekering, zouden worden vergoed.
Met betrekking tot de gedane toezegging wordt opgemerkt dat verzoeker zich daarvoor kennelijk baseert op het feit dat naar aanleiding van een telefonisch onderhoud met de afdeling declaratieservice naderhand op 5 september 2006 alsnog tot vergoeding is overgegaan blijkens specificatie van 12 september 2006. Bij brief van 12 december 2006 heeft de manager van de declaratieservice verzoeker uitgelegd dat dit is geschied doordat er vanuit is gegaan dat verzoeker insuline gebruikt. Aan zorgverzekeraar kan niet het recht worden ontzegd een kennelijk gemaakte vergissing binnen redelijke tijd te herstellen zonder gehouden te zijn aan meer dan de betaling van de betrokken kosten.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2007

Voorzitter