

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, wijziging prothesemaker
Zaaknummer	: ANO07.369
Zittingsdatum	: 21 november 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.369 (Hulpmiddelenzorg, wijziging prothesemaker)

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 tot en met 14 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6, 2.8 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar geen toestemming te geven voor het vervaardigen van een nieuwe prothese omdat de gebruikstermijn van de huidige prothese nog niet is verstreken.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering 2006, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij gespreksverslag van 29 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat het vervaardigen van een nieuwe prothese niet akkoord is omdat de gebruikstermijn van de huidige prothese nog niet is verstreken.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Niet gebleken is dat de zorgverzekeraar inhoudelijk en schriftelijk op dit verzoek heeft gereageerd.
- 3.4. Bij aanmeldingsformulier van 10 mei 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is in te stemmen met een wijziging van prothesemaker.
- 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 21 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2007 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij brief van 8 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.

- 3.8. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 7 november 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 9 november 2007 aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn op 21 november 2007 gehoord, waarbij de zorgverzekeraar telefonisch aan de hoorzitting heeft deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.10. Bij brief van 27 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld 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 57-jarige man. Hij heeft reeds 20 jaar een beenprothese. De laatst geleverde prothese blijft echter problemen opleveren. Aangezien verzoeker met zijn vorige prothesemaker goede ervaringen had, wil hij dat de zorgverzekeraar hem toestemming geeft, zich tot deze te wenden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker laten weten dat het hem vrij staat gebruik te maken van de diensten van zijn voormalige prothesemaker. De huidige leverancier blijft echter wel verantwoordelijk voor het herstel en de correctie of reparatie van de laatst geleverde beenprothese. Verder is de zorgverzekeraar niet akkoord met het verstrekken van een nieuwe prothese, omdat de huidige prothese pas tien maanden oud is en op grond van het Reglement hulpmiddelen de gebruiksduur drie jaar bedraagt.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Allereerst stelt de commissie vast dat partijen niet van mening verschillen over de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op de verstrekking van een functionerende beenprothese ten laste van de zorgverzekering. De vraag die hen echter verdeeld houdt is welke instrumentmaker daar zorg voor dient te dragen.
- 7.2. Artikel 12.1 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"12.1. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

12.2. De zorg in natura wordt verleend door een door [zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder. (...)

12.3. Indien de zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder kan de verzekerde

[zorgverzekeraar] vragen te bemiddelen en eventueel toestemming te verlenen voor het gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden na overlegging van de nota en met inachtneming van deze verzekeringsvoorwaarden, vergoed, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert [zorgverzekeraar] voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend:

a. medisch inhoudelijke factoren;

b. algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

12.4. Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [zorgverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. (...)

12.7. Indien bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel. (...)"

Verder verwijst artikel 30 van de zorgverzekering, welk artikel ziet op hulpmiddelen-zorg, naar het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar en de Regeling zorgverzekering (Rzv). In het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald.

"2.2. Overeenkomsten met zorgaanbieders

[Zorgverzekeraar] sluit contracten met zorgaanbieders van hulpmiddelen. In deze contracten maakt [zorgverzekeraar] afspraken met de zorgaanbieders over de kwaliteit en service. Als u voor een hulpmiddel naar een zorgaanbieder gaat met wie [zorgverzekeraar] een overeenkomst heeft gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten.

(...)

4.1. Prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet

Omschrijving:

(...);

- prothesen voor been of voet.

Machtiging:

ja, eenmalig. Beoordeling door gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vindt beoordeling plaats door [zorgverzekeraar].

Verwijzing:

ja, door de behandelend orthopedisch chirurg of revalidatiearts.

Eigendom/buikleen:

eigendom.

Bijzonderheden:

- voor verzekerden vanaf 16 jaar bedraagt de gebruikstermijn 3 jaar;

- (...)"

- 7.3. De zorgverzekering is, zoals onder meer blijkt uit artikel 1 lid 61 en artikel 2.10 van de zorgverzekering, een schadeverzekering die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaan.

De commissie is van oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van een beenprothese strookt met het bepaalde in de artikelen 10, 11, 12 en

13 van de Zvw, artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de artikelen 2.6 en 2.8 van de Rzv.

- 7.4. In de onderhavige situatie betreft het de verstrekking van een functionerende beenprothese. Op grond van de artikelen 12 en 30 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar, dient verzoeker zich voor de verstrekking van dit hulpmiddel in beginsel te wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder. Uit informatie op de website van de zorgverzekeraar maakt de commissie op dat de zorgverzekeraar een contract heeft met de zorgaanbieder waartoe verzoeker zich heeft gewend.

Verder maakt de commissie uit de stukken op dat door de onderhavige zorgaanbieder op 27 maart 2006 de laatste prothese is geleverd, welke nadien is aangepast. Uit de brief van de revalidatiearts van 27 juli 2007 blijkt dat nog steeds geen sprake is van een goed zittende prothese; dat in vergelijking met anderhalf jaar geleden sprake is van een enorme volumeafname van de stomp, en dat een urgente indicatie bestaat voor een nieuwe prothese. Mitsdien kan naar het oordeel van de commissie dan ook niet worden gesteld dat verzoeker thans beschikt over een goed *functionerend* hulpmiddel als bedoeld in artikel 30 van de zorgverzekering en artikel 2.9 van het Bzv.

- 7.5. In de toelichting op artikel 2.6 van de Rzv is, voor zover hier van belang, het volgende opgenomen.

"Artikel 2, eerste lid Artikel 2, eerste lid, aanhef, van de Regeling hulpmiddelen 1996 regelde nog expliciet dat 'te allen tijde aanspraak moet bestaan op een adequaat hulpmiddel'. Dat het recht op een hulpmiddel een goed functionerend en bij de beperking van de verzekerde passend (dus adequaat) hulpmiddel moet betreffen, spreekt echter echter voor zich. Dit houdt ook in dat, net als bij de Regeling hulpmiddelen 1996, een hulpmiddel vervangen of gewijzigd kan worden. Mocht een hulpmiddel niet meer goed of onvoldoende functioneren, dan is er immers geen sprake meer van een adequaat functionerend hulpmiddel en dient dit hulpmiddel in voorkomende gevallen hersteld of vervangen te worden. Ook kan een reservehulpmiddel aangewezen zijn. De keuze tot vervanging dan wel reparatie van een hulpmiddel is afhankelijk van de doelmatigheidsafweging van de zorgverzekeraar. In sommige gevallen zal het voordeliger zijn een hulpmiddel te laten repareren, in andere gevallen juist weer niet."

Uit het gespreksverslag dat op 7 februari 2007 door de zorgverzekeraar aan verzoeker is gezonden, alsmede het nadere standpunt van de zorgverzekeraar van 21 juni 2007, maakt de commissie op dat de zorgverzekeraar verzoeker voor herstel, correctie of reparatie van de laatst geleverde prothese verwijst naar de onderhavige zorgaanbieder. Tevens is de zorgverzekeraar van oordeel dat het verstrekken van een nieuwe prothese niet tot de mogelijkheden behoort omdat de laatst geleverde prothese pas tien maanden oud is, terwijl op grond van het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar de gebruiksstermijn drie jaar bedraagt.

- 7.6. Het staat een zorgverzekeraar vrij uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening normen en termijnen hanteren. Deze mogen naar het oordeel van de commissie echter het recht op een goed functionerend hulpmiddel, zoals bij of krachtens de Zvw bepaald, niet beperken.

In de Memorie van Toelichting op de Zvw (pagina 28 e.v.) wordt dienaangaande, het volgende aangegeven:

"Een belangrijke doelstelling van de sociale verzekering die met de Zorgverzekeringswet wordt gerealiseerd, is te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die

zij nodig hebben. De zorgverzekeraars, als uitvoerders van de verzekering, komt een belangrijke rol toe bij het realiseren van dat doel. Het gaat er daarbij niet alleen om dat de betaling van de kosten is gewaarborgd. Het gaat er ook om dat de burgers de verzekerde zorg in voorkomend geval ook werkelijk kunnen verkrijgen. Ten aanzien van beide aspecten heeft de zorgverzekeraar nadrukkelijk een rol, welke hier verder als zorgplicht wordt aangeduid.

(...)

Ongeacht de vorm die wordt gekozen om inhoud te geven aan de zorgverzekering, staat voorop dat de zorgverzekeraar de zorgkosten zal moeten betalen en zich ervoor zal moeten inspannen dat aan de zorgbehoefte van zijn verzekerden wordt voldaan. Als de verzekerde de zorg heeft verkregen, bij een gecontracteerde zorgaanbieder of bij een zelfgekozen zorgaanbieder, is er geen probleem. Als de verzekerde de zorg echter niet kan verkrijgen bij een gecontracteerde zorgaanbieder of zelf geen zorgaanbieder kan vinden, heeft hij recht op bemiddeling van zijn zorgverzekeraar bij het verkrijgen van de zorg. Dan zal de zorgverzekeraar – ongeacht de overeengekomen prestatiewijze – de verzekerde dus te hulp moeten schieten.”

- 7.7. Gezien het voorgaande, en mede gelezen het eerste lid van artikel 11 van de Zvw, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar zorg dient te dragen voor het binnen een redelijke termijn ter beschikking stellen van een adequaat functionerende beenprothese aan verzoeker.

Uit de stukken en hetgeen tijdens de hoorzitting is aangevoerd, blijkt dat de gecontracteerde zorgaanbieder waartoe verzoeker zich heeft gewend, in de periode maart 2006 tot en met november 2006 niet in staat is gebleken een goed functionerend hulpmiddel te leveren. Voorts is niet gebleken dat gedurende deze periode verzoeker zijn medewerking heeft geweigerd. Naar het oordeel van de commissie kan dan ook niet worden gesproken over het binnen een redelijke termijn leveren van adequaat hulpmiddel. Onder de gegeven omstandigheden in dit specifieke geval en gelet op de wet- en regelgeving komt het de commissie redelijk voor dat verzoeker zich in dit geval kan wenden tot een andere gecontracteerde zorgaanbieder teneinde het verkrijgen van de juiste zorg, waarbij de zorgverzekeraar geen beroep toekomt op de in het Reglement hulpmiddelen bepaalde gebruiksstermijn van drie jaar.

Voor zover dit ten opzichte van de betrokken zorgaanbieder contractuele consequenties heeft, is dat iets wat de zorgverzekeraar en deze zorgaanbieder onderling dienen op te lossen; verzoeker staat daar in beginsel buiten.

- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker zich in dit geval voor de levering van een adequate beenprothese kan wenden tot een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, in die zin dat in die zin dat verzoeker zich in dit geval voor de levering van een adequate beenprothese kan wenden tot een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 19 december 2007,

Voorzitter