

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, elastische kous, teenkap en TEK-broekje
Zaaknummer : 2009.00125
Zittingsdatum : 1 juli 2009

Zaak: 2009.00125 (Hulpmiddelenzorg, elastische kousen, teenkap en TEK-broekje)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 19 oktober 2008, waarbij afwijzend werd beslist op zijn verzoek om vergoeding van een elastische kous.

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 [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Beperkte Aanvullende Verzekering afgesloten. Deze blijft in het vervolg buiten beschouwing.

3.2. De huisarts heeft, naar aanleiding van de bij verzoeker gestelde diagnose, een aanvraag gedaan voor een elastische kous en een teen kap. Daarnaast werd verzoeker door de behandelend fysiotherapeut een TEK-broekje geadviseerd. Ook daar is een aanvraag voor gedaan. Op beide aanvragen is door de zorgverzekeraar afwijzend beslist. Zo werd de nota voor de steunkous afgewezen omdat verzoeker in het betreffende kalenderjaar, namelijk op 26 mei 2008, al een kous geleverd had gekregen. Ten aanzien van de teenkap en het TEK-broekje heeft de zorgverzekeraar aanvaankelijk het standpunt ingenomen dat deze geen verzekerde prestaties vormen. Verzoeker heeft hierop vergoeding geclaimd van de tweede steunkous, een tweede teenkap en twee TEK-broekjes (hierna: de aanspraak).

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 20 en 26 november en 11 december 2008, en 28 januari 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten de kosten van een tweede steunkous te vergoeden tot maximaal € 135,--. De afwijzing voor de teenkap en de TEK-broekjes bleef daarentegen gehandhaafd.

- 3.5. Bij brief van 4 maart 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 17 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 april 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 22 april 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 19 mei 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen aangezien verzoeker bij dagelijks gebruik van elastische kousen, teenkap en TEK-broek redelijkerwijs bij de levering van die onderscheidene hulpmiddelen op verstrekking van een reserve exemplaar is aangewezen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 1 juli 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 juli 2009 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 7 juli 2009 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 het voor hem vanwege de tijd die dagelijks pleegt heen te gaan voor wassen en drogen van de hulpmiddelen van belang is dat hij de beschikking heeft over een tweede exemplaar daarvan.
- 4.2. Uit een telefonisch contact op 20 oktober 2008 leidt verzoeker af dat hij recht heeft op één teenkap en één elastische kous. Op 22 oktober 2008 is hem toegezegd dat ook twee TEK-broekjes vergoed zullen worden. Uiteindelijk zijn de kosten van één broekje op 15 december 2008 door de zorgverzekeraar betaald.
- 4.3. Dat de zorgverzekeraar hem verwijst naar de leverancier, is voor verzoeker onbegrijpelijk, nu hij immers niet met de leverancier maar met de zorgverzekeraar een over-

eenkomst heeft gesloten, en aan laatstgenoemde premie betaalt.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij een jaar bezig is geweest om de hulpmiddelen vergoed te krijgen. Bovendien is eenmalig een kous vergoed, terwijl het een broek betreft. Hij wenst uitbetaling van het verschil.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat de elastische kous moet worden geleverd door een leverancier die S.E.M.H. gecertificeerd is. Is de leverancier gecontracteerd, dan bedraagt de vergoeding maximaal € 135,- per jaar. Het is aan de leverancier er zorg voor te dragen dat de verzekerde gedurende de betreffende twaalf maanden beschikt over een adequaat, functionerend hulpmiddel, waarbij in totaal over die periode aanspraak bestaat op twee stuks. In mei 2008 zijn aan verzoeker elastische kousen geleverd zodat eerst eind mei 2009 sprake kan zijn van een nieuwe aanvraag. Wordt gebruik gemaakt van een niet-gecontracteerde leverancier, dan bedraagt de vergoeding 80%, oftewel € 108,- per jaar. Voor de TEK-broekjes en de teenkap bestaat geen dekking. Op advies van de zorgbemiddelaar bij zorgverzekeraar heeft laatstgenoemde aan verzoeker medegedeeld dat besloten is dat verstrekking op declaratie van de gecontracteerd leverancier mogelijk is vanwege de complexe situatie van verzoeker.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker recht heeft op de broek, steunkousen, een teenkap en reserve exemplaren van deze hulpmiddelen. Voor zover valt na te gaan zijn deze hulpmiddelen verstrekt. Naar aanleiding van de opmerking van verzoeker dat een kous is vergoed in plaats van een broek, zegt de zorgverzekeraar toe alsnog de meerkosten daarvan aan verzoeker te zullen vergoeden.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het geschil spitst zich toe op de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op een elastische kous, teenkap en TEK-broekje, respectievelijk een tweede exemplaar van genoemde hulpmiddelen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden

aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, aldus:

"Omschrijving

*bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aange-
wezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in
welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op die zorg.
(. . .)*

Voorschrift

zoals bepaald in het Reglement Hulpmiddelen [naam zorgverzekeraar] 2008.

Machtiging

zoals bepaald in het Reglement Hulpmiddelen [naam zorgverzekeraar] 2008.

Bijzonderheden

(. . .)

*3. de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen [naam zorgverzekeraar] 2008
maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie
ook [website]."*

In artikel 1 van het Reglement hulpmiddelen [naam zorgverzekeraar] 2008 wordt ver-
wezen naar de voorwaarden van de zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.
Vervolgens is in artikel 4 opgenomen dat aanspraak bestaat op "therapeutisch elasti-
sche kousen (arm en been)" als bedoeld in artikel 2.6 van de Regeling zorgverzeke-
ring.

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 77 van de zorgverzekering een tussen
een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige geslo-
ten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is
geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet gere-
gelde niet te boven gaan.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verze-
kerden 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 van het Besluit
zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. van de Regeling zorg-
verzekering (Rzv).
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling in grote
lijnen strookt met de toepasselijke regelgeving, behoudens het navolgende.
- 7.6. De commissie stelt vast dat blijkens het advies van het CVZ, de hulpmiddelen, waar-
op het verzoek betrekking heeft, behoren tot de verzekerde prestaties ingevolge de
geldende regelgeving. Deze is bepalend voor de aanspraken daar waar - zoals in het
onderhavige geval - de polisvoorwaarden in verbinding met het 'Reglement hulpmid-
delen' daarvan afwijken. Nog afgezien van dat laatste lijkt dit punt ook tussen partijen
niet langer onderwerp van geschil. Dit maakt de commissie op uit de - door de zorg-
verzekeraar klaarblijkelijk na consultatie van zijn interne zorgbemiddelaar - gedane,
bovenvermelde mededeling aan verzoeker, over de verstrekking van niet alleen kou-
sen maar ook teen kap en TEK-broek.

Resteert nog de vraag of en in hoeverre verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op levering, afgezien van naar het oordeel van de leverancier noodzakelijk geachte vervanging, van een reserve exemplaar van de onderscheidene hulpmiddelen. De commissie volgt in deze het advies van het CVZ, dat concludeert dat verzoeker in zijn situatie redelijkerwijs is aangewezen op het ter beschikking hebben van een tweede exemplaar voor de onderscheidene hulpmiddelen als reserve exemplaar voor dagelijks gebruik.

- 7.7 Partijen zijn het ter zitting eens geworden over het feit dat verzoeker recht heeft op broek, kousen en teenkap plus reserve-exemplaren daarvan. Dan resteert nog de nota van € 163,19 die door de zorgverzekeraar is afgehandeld als zou deze betrekking hebben op kousen, waarbij het bij nader inzien blijkt te gaan om een broek. Het verschil met de gedane uitkering van € 135,-- zal door de zorgverzekeraar worden nabetaald.

- 7.8 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1 De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van het voorgaande. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

- 8.2 De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 15 juli 2009,



Voorzitter