

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak	: Hulpmiddelen, Ness Handmaster
Zaaknummer	: ANO07.429
Zittingsdatum	: 17 oktober 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.429 (Hulpmiddelen, Ness Handmaster)

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

(art. 11 Zvw, 2.9 Bzv en 2.6 jo 2.12 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D,
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 29 maart 2006 geen machtiging voor een Ness Handmaster te verlenen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgdverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 29 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de Ness Handmaster niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 22 december 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar het hulpmiddel alsnog dient te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 8 februari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 10 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw.
- 3.8 Op 26 april 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.

- 3.9 Het CVZ heeft op 14 mei 2007 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen. Een afschrift van het advies is aan partijen gezonden.
- 3.10 Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 17 oktober 2007, tijdens de gecombineerde behandeling – op verzoek van verzoekers vertegenwoordiger – van een drietal zaken over dit hulpmiddel, in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.
- 3.11 In vervolg op de behandeling ter zitting heeft de commissie met brieven van 6 en 27 november 2007 nadere vragen gesteld aan verzoeker. Deze zijn op 14 november en 6 december 2007 beantwoord. Afschriften hiervan zijn aan de zorgverzekeraar toegezonden.
- 3.12 Bij brief van 14 januari 2008 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de daaropvolgende correspondentie gezonden. In vervolg hierop heeft het CVZ de commissie medegedeeld 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 geeft een uiteenzetting over de Ness Handmaster en de voorwaarden van de zorgverzekering. Vervolgens geeft verzoeker aan dat het rapport van CVZ, waaraan de zorgverzekeraar refereert, geen grondslag mag vormen voor de beslissing. De inhoud van het rapport is voor verzoeker kenbaar gemaakt noch is het gepubliceerd. In het rapport komt het CVZ terug op een eerder ingenomen standpunt waardoor het voor de Werkgroep CVA Nederland (WCN) mogelijk was in individuele gevallen de doelmatigheid van de Handmaster te toetsen. Nu het rapport buiten beschouwing dient te worden gelaten, dient de zorgverzekeraar zich te baseren op het officieel geldende standpunt.
- 4.2 Of de door de revalidatiearts verleende zorg aan het Besluit zorgverzekering voldoet is afhankelijk van twee voorwaarden: de stand van de wetenschap en bij ontbreken daarvan, door hetgeen in het vakgebied als verantwoorde zorg en adequate dienst wordt beschouwd.
Verzoeker is van mening dat, omdat de praktijk en het vakgebied met een bepaald hulpmiddel werken en die behandeling vertrouwen heeft, die behandeling, en daarmee het hulpmiddel, als gebruikelijk dient te worden aangemerkt.
- 4.3 Verzoeker stelt dat de praktijk, dat wil zeggen de revalidatieartsen, overtuigd zijn van het nut en de effectiviteit van de Handmaster. Als gevolg daarvan heeft de WCN een aanbeveling opgesteld op grond waarvan kan worden beoordeeld of bij iemand de handmaster voldoende effect zal sorteren. Op basis van de resultaten schrijft de arts het hulpmiddel voor.
- 4.4 Ter zitting wijst verzoeker op de discrepantie dat de Handmaster in het kader van de revalidatie wél tot de verzekerde prestaties behoort, maar – nadat een positief resultaat is behaald – als hulpmiddel in de thuissituatie niet. Dit is niet alleen onbegrijpelijk, maar ook ondoelmatig. Juist om het positieve korte termijneffect te handhaven, moet de behandeling op lange termijn worden voortgezet.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar geeft aan dat het CVZ op 7 december 2006 een rapport heeft gepubliceerd, waarin het concludeert dat, gezien de korte interventieduur van alle onderzoeken, het niet mogelijk is een uitspraak te doen over de effectiviteit van langdurig gebruik van elektrostimulatie en in het bijzonder de Handmaster. Op grond van (inter)nationale richtlijnen kan evenmin worden geconcludeerd dat het langdurig gebruik van een Handmaster een gebruikelijke behandeling is. Indien sprake is van een kortdurende behandeling met de Handmaster in het kader van de medisch specialistische behandeling, kan financiering van deze zorg mogelijk plaatsvinden via een DBC. De zorgverzekeraar stelt dat hij het verzoek niet heeft afgewezen op grond van het rapport van het CVZ, maar op grond van de twee cumulatieve voorwaarden waaraan verzoeker niet voldoet.
- 5.2 Volgens de zorgverzekeraar dient eerst te worden vastgesteld dat de versteviging van de Handmaster een functioneel onderdeel vormt van de orthese en dat deze versteviging een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van een niet-verstevigde orthese. Daarnaast dient, indien is vastgesteld dat de versteviging een functioneel onderdeel vormt, op basis van uit het toegepaste Protocol voortvloeiende resultaten te worden beoordeeld of de verzekerde ook een indicatie heeft voor een Handmaster.
- 5.3 De zorgverzekeraar is van mening dat op basis van de aanvraag en de toelichting van de revalidatiearts, zoals verwoord in het advies van 22 november 2006, het gebruik van een Handmaster niet hoofdzakelijk als doel de ondersteuning bij deficiëntie van lichaamsdelen heeft. De spalk van de Handmaster dient in de situatie van verzoeker slechts om elektroden op de juiste plaats te houden, waardoor de spierstimulator optimaal kan stimuleren. De Handmaster wordt niet langdurig gebruikt. Daarnaast vormt de versteviging geen functioneel onderdeel van de Handmaster en heeft geen therapeutische meerwaarde ten opzichte van een niet-verstevigde orthese. Verzoeker zou kunnen volstaan met een niet-verstevigde versie orthese voorzien van elektrostimulatie. De kosten daarvoor komen niet ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4 Nu verzoeker geen indicatie heeft voor een verstevigde orthese, kan hij ook geen aanspraak maken op een orthese met elektrostimulatie. Tot slot geeft de zorgverzekeraar aan dat het beroep op het gelijkheidsbeginsel niet kan slagen, daar hij niet inhoudelijk op de hoogte is van de zaak waaraan verzoeker refereert - en hij de zaken dus ook niet kan vergelijken - en dat de toewijzing bovendien ook kan liggen in een incorrecte afhandeling door de betreffende zorgverzekeraar.

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 geregeld 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 verzoeker in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor hulpmiddelen is geregeld in artikel 8.9 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voorzover van belang, voor de omvang van de aanspraken:

”1 Hulpmiddelenzorg omvat de bij Regeling zorgverzekering aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:

a in welke gevallen de 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 Verzekeringsreglement Zorg van zorgverzekeraar van toepassing, dat eveneens van deze overeenkomst deel uitmaakt. (...).”

Artikel 10 van de zorgverzekering bepaalt dat onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 8, de verzekerde op een zorgvorm slechts aanspraak heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

In artikel 7.1 van het Verzekeringsreglement Zorg is, voor zover hier van belang, bepaald:

”1 In het Overzicht Hulpmiddelen wordt per categorie hulpmiddelen een aantal nadere vereisten vermeld voor aanspraak op hulpmiddelen, alsmede de tarieven welke voor vergoeding in aanmerking komen indien de verzekerde zich wendt tot een niet gecontracteerde leverancier. Daar waar in het Overzicht Hulpmiddelen gebruikstermijnen en/of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze uitsluitend van indicatieve aard. Van deze gebruikstermijnen en/of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.

2 Verzekerde heeft geen aanspraak op een hulpmiddel indien dat hulpmiddel redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is. Onder aanspraak is begrepen verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.”

Het Overzicht Hulpmiddelen vermeldt, onder verwijzing naar de artikelen 2.6 en 2.12 van de Rzv, de Ness Handmaster.

- 7.3 Volgens artikel 2 van de polisvoorwaarden vindt de zorgverzekering zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De inhoud van de verzekeringsovereenkomst is weergegeven in de modelovereenkomst en de zorgpolis. Deze worden geacht te voldoen aan de Zvw. In geval van strijdigheid prevaleert het bepaalde bij of krachtens de Zvw.
- 7.4 Op grond van artikel 10 sub a van de Zvw omvat het krachtens de Zvw te verzekeren risico onder andere de hulpmiddelenzorg. 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 vergoeding van de kosten van de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 2.1 lid 1 van het Bzv verwijst voor een uitwerking hiervan naar de artikelen 2.4 tot en met 2.15. Waar het gaat om hulpmiddelenzorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 Zvw naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.9 Bzv en 2.6 Rzv. In artikel 2.1 lid 2 van het Bzv is bepaald 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.

- 7.5 In artikel 2.9 van het Bzv is de aanspraak op vergoeding van kosten van hulpmiddelen geregeld. Dit wordt als volgt omschreven:

“1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
b. (...).
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van:
a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
b. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.”

In artikel 2.6 lid 1 onderdeel e van de Rzv is vervolgens geregeld dat aanspraak bestaat op vergoeding van orthesen voor romp, arm, been voet, hoofd of hals als omschreven in artikel 2.12. In artikel 2.12 lid 1 sub c is het volgende bepaald:

“Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel e omvatten, verstevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur voor langdurig gebruik, waarbij de versteviging een functioneel onderdeel vormt van de orthese en een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van een niet verstevigde orthese, met dien verstande dat daaronder slechts een kniebrace valt indien sprake is van:
1. een al dan niet gecombineerd letsel van de knie waarbij de kruisbanden of de collateraalbanden zijn gescheurd;
2. eenzijdige gonartrose, voor zover sprake is van een standafwijking van minimaal 10 graden varus/valgusstand.”

Tevens bepaalt artikel 2.12 lid 2, voor zover van belang, het volgende:

“Onder langdurig gebruik, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, valt niet preventief gebruik in verband met het beoefenen van sport.”

- 7.6 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving, in die zin dat hier rechtstreeks naar wordt verwezen.
- 7.7 De commissie stelt vervolgens vast dat, anders dan verzoeker veronderstelt, de afwijzing van de zorgverzekeraar niet was gebaseerd op het feit dat de Handmaster geen verzekerde prestatie is, maar op de omstandigheid dat twee van de drie

doelstellingen niet zijn bereikt. Zo is geen sprake van oedeemvermindering en zijn ook de pijnklachten niet afgenomen. De derde doelstelling, tonusvermindering, is volgens de zorgverzekeraar mogelijk ook op een andere wijze te bereiken, bijvoorbeeld met behulp van de automove. Verstrekking van een Handmaster is om deze reden niet doelmatig.

- 7.8 Gelet op het voorgaande en mede in aanmerking genomen dat het hier een relatief kostbaar hulpmiddel betreft, kan de commissie de zorgverzekeraar hier in volgen. De commissie concludeert dat verstrekking van een Ness Handmaster onder de gegeven omstandigheden niet doelmatig is.
- 7.9 Naar aanleiding van de behandeling ter zitting, is bij de commissie de vraag opgekomen door wie het hulpmiddel aanvankelijk is geleverd. In de brief van 6 december 2007 van verzoeker wordt deze vraag aldus beantwoord: "Pas als positief door de arts is geïndiceerd kan de patiënt een aanvraag bij zijn zorgverzekeraar voor de individuele verstrekking van de Handmaster voor dagelijks gebruik in de thuissituatie doen. Ness maakt daartoe een offerte welke aan de verzekeraar wordt gezonden. Om de behandeling in de onderhavige gevallen niet te frustreren bleef de Handmaster na de proefperiode op kosten van Ness verstrekt totdat de zorgverzekeraar zou hebben beslist."
- 7.10 De commissie concludeert op basis van de in de brief van verzoeker neergelegde informatie dat door de zorgverzekeraar geen te honoreren verwachtingen zijn gewekt met betrekking tot de verstrekking van het hulpmiddel. Dat de (afwijzende) beslissing geruime tijd op zich heeft laten wachten, maakt dit niet anders. In dat verband merkt de commissie wel op dat een termijn van - naar zeggen van verzoeker - doorgaans vier maanden haar voor gevallen als deze tamelijk lang voorkomt.
- 7.11 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 februari 2008

Voorzitter