



Partijen : A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E en F , beide te G
Zaak : Hulpmiddelenzorg, arm- en handkousen
Zaaknummer : 201401034
Zittingsdatum : 3 december 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

Mevrouw A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

- 1) E te G, en
 - 2) F te G,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).


3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op twee maal twee sets arm- en handkousen per jaar (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 17 juli 2014 heeft verzoekster 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.


- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 september 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 201401034) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen. Op grond van de Zorgverzekeringswet bestaat aanspraak op een adequaat hulpmiddel. Therapeutische elastische arm- en handkousen zijn hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 sub m Regeling zorgverzekering. Als een hulpmiddel niet meer adequaat is en onmiddellijk een nieuw adequaat hulpmiddel geleverd kan worden, wordt aan de zorgplicht voldaan. Als de tijd tussen het niet meer voldoen van de arm- en handkous en een nieuwe levering onaanvaardbaar lang duurt en de continuïteit van de oedeembehandeling hierdoor in het geding is, moet hierop geanticipeerd worden door tijdige aanvraag/verstrekking van een nieuw hulpmiddel. De vraag of verzoekster standaard tweemaal per jaar twee leveringen arm- en handkousen moet krijgen of dat zij een nieuwe levering krijgt zodra de eerder geleverde arm- en handkousen niet meer adequaat zijn, is een doelmatigheidsvraag. Volgens artikel 2.1 lid 3 Besluit zorgverzekering heeft een verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Volgens jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep moet een hulpmiddel geschikt zijn om de beperkingen/belemmeringen van een verzekerde in aanvaardbare mate te compenseren en moeten ook de concrete feiten en omstandigheden waarin de individuele verzekerde op het gebruik is aangewezen, richtinggevend zijn. Het gegeven dat verzoekster midden in het leven staat en werkt, zijn relevante factoren, nu de arm- en handkousen hierdoor meer onder druk komen te staan. De ziektekostenverzekeraar laat de beoordeling of de arm- en handkousen waarover verzoekster beschikt adequaat zijn, over aan de gecontracteerde zorgverlener. De sets arm- en handkousen dienen tijdig te worden vervangen en de continuïteit dient te worden gewaarborgd. Aangezien de zorgverlener recent heeft verklaard dat extra sets arm- en handkousen noodzakelijk zijn voor verzoekster, gaat het Zorginstituut er vanuit dat verzoekster aanspraak heeft op de gevraagde sets. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 11 november 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster was tijdens de aangekondigde zitting op 3 december 2014 niet telefonisch bereikbaar. De ziektekostenverzekeraar is op genoemde datum telefonisch gehoord, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 8 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 december 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend dermatoloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “*secundair lymfoedeem van de linkerarm en hand na mammacarcinoom waarvoor behandeling, stabiel*”.
- 4.2. Sedert 2008 ontvangt verzoekster tweemaal per jaar twee sets arm- en handkousen om haar aandoening, lymfoedeem, te kunnen beheersen. De huisarts schrijft tijdige vervanging


van de arm- en handkousen voor om verergering van deze aandoening te voorkomen. Tot september 2013 werden de aanvragen - al dan niet na veel moeite - goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. Hierna heeft de ziektekostenverzekeraar om onduidelijke redenen echter besloten nog maar éénmaal per jaar twee sets arm- en handkousen te verstrekken. Dit is vreemd, aangezien de (medische) situatie van verzoekster niet is gewijzigd.


- 4.3. De paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat verzoekster aanspraak heeft op één voorziening en één reservevoorziening, hetgeen neerkomt op jaarlijks twee handkousen en twee armkousen. Tot dit oordeel is gekomen zonder verzoekster te spreken of te onderzoeken. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar dat de leverancier beoordeelt of de huidige voorzieningen adequaat zijn. Het verbaast verzoekster dat volgens de ziektekostenverzekeraar de leverancier heeft geconstateerd dat de voorzieningen adequaat zijn, aangezien de leverancier deze nimmer heeft beoordeeld. Verzoekster heeft contact opgenomen met de leverancier. Deze heeft haar medegedeeld dat naar aanleiding van een gesprek met haar, contact is gezocht met alle betrokken partijen (de ziektekostenverzekeraar, de dermatoloog en verzoekster) waarna tot de conclusie is gekomen dat de leverancier niet bij machte is om iets voor verzoekster te betekenen. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat *"op het moment dat de hulpmiddelen, volgens de zorgverlener en de leverancier, niet meer adequaat zijn, het hulpmiddel onmiddellijk door de (gecontracteerde) leverancier geleverd en gedeclareerd kan worden zonder aanvraag vooraf"* is dan ook onjuist, nu de leverancier kennelijk geen rol van betekenis speelt en afhankelijk is van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Verzoekster bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat geen tweede set arm- en handkousen kan worden verstrekt omdat dit onnodig kostbare zorg is, op de hiernavolgende gronden. Kennelijk maakt de paramedisch adviseur uit stukken op hoe de aandoening van verzoekster zich ontwikkelt. Dat de aandoening nu niet verergert, komt evenwel voornamelijk door het feit dat verzoekster extra sets voorzieningen heeft zodat zij deze tijdig kan wisselen. Hierdoor lijkt het - op papier - dat de aandoening in balans is, terwijl dit niet het geval is. Indien het aantal voorzieningen wordt teruggeschroefd, zal de aandoening verslechteren. Verzoekster wil dit voorkomen. Zij verkeert in het stadium dat vermindering van het lymfoedeem niet meer te verwachten is, en de nadruk ligt op stabiliseren en voorkomen van complicaties. Verzoekster is zodoende zeer gebaat bij tijdige vervanging van de arm- en handkousen. Dit wordt bevestigd door de dermatoloog en huidtherapeut. Daarnaast zorgt een vermindering van het aantal voorzieningen ervoor dat verzoekster niet tijdig een schoon exemplaar kan gebruiken, en dat de voorzieningen sneller zullen slijten, waardoor het lymfoedeem negatief wordt beïnvloed. Voorts verklaart verzoekster dat zij midden in het leven staat: zij werkt volop en heeft een druk sociaal leven. Hierdoor komen de voorzieningen onder druk te staan. Verzoekster wil haar leven graag voortzetten op de manier zoals zij thans gewend is en wenst niet te worden beperkt door haar aandoening of een tekort aan arm- en handkousen.
- 4.5. Aangezien de voorzieningen noodzakelijk zijn, heeft verzoekster deze inmiddels voor eigen rekening aangeschaft.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Aanspraak bestaat op een hulpmiddel indien sprake is van doelmatige zorg. Een verzekerde dient naar inhoud en omvang redelijkerwijs hierop te zijn aangewezen. Het moet de minst ingrijpende, noodzakelijke zorg zijn voor de betreffende situatie. Het hulpmiddel is voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. In een aantal gevallen is het wenselijk en noodzakelijk te kunnen beschikken over een reservehulpmiddel. Hiervoor moet een medische en/of sociale noodzaak zijn.


 5.2. Verzoekster draagt in verband met lymfoedeem arm- en handkousen. De paramedisch adviseur heeft verklaard dat verzoekster aanspraak heeft op één voorziening en op één reservevoorziening om te wisselen. De leverancier beoordeelt of de huidige voorzieningen nog adequaat zijn (of er nog voldoende rek in de voorziening aanwezig is). In de situatie van verzoekster is door de leverancier geconstateerd dat zij nog twee adequate voorzieningen heeft. Een derde voorziening is daarom onnodig kostbaar. Derhalve is verzoekster niet aangewezen op een extra set arm- en handkousen.


 5.3. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat niet is besloten om verzoekster vanaf september 2013 geen derde en vierde set arm- en handkousen te verstrekken. Sinds jaren beoordelen gecontracteerde zorgverleners of verzekerden aanspraak hebben op een verstrekking. Dit gebeurt in samenwerking met de verwijzer of zorgverlener. In onderhavig geval beoordeelt de leverancier of een extra set arm- en handkousen adequaat is. Praktische problemen, zoals bijvoorbeeld de omstandigheid dat de arm- en handkousen vaker gewassen moeten worden, spelen hierbij geen rol.


 De behandelend dermatoloog heeft weliswaar verklaard dat verzoekster meer arm- en handkousen nodig heeft, maar heeft dit niet onderbouwd.

 De paramedisch adviseur heeft contact gehad met de leverancier, bij welke gelegenheid de leverancier mededeelde dat de voorzieningen van verzoekster nog niet versleten waren en nog adequaat werden geacht.


 Op het moment dat de voorzieningen van verzoekster niet meer adequaat zijn, kunnen nieuwe voorzieningen door de leverancier worden geleverd en gedeclareerd, zonder aanvraag vooraf.

 5.4. Het is begrijpelijk dat verzoekster een extra set arm- en handkousen wenst. De ziektekostenverzekeraar kan echter niet overgaan tot verstrekking hiervan omdat deze zorg onnodig kostbaar is. Dat dit teleurstellend is voor verzoekster, is voorstelbaar.


 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in reactie op het advies van het Zorginstituut aangevoerd dat de gecontracteerde zorgaanbieder, die in het geval van hulpmiddelen een leverancier is, aan de hand van de aanvraag beoordeelt of aanspraak bestaat op een hulpmiddel. Dit is niet aan de behandelend arts. De leverancier heeft steeds gezegd dat er geen aanleiding is voor verstrekking van nieuwe arm- en handkousen. Pas als een hulpmiddel versleten of niet adequaat is, mag een nieuw exemplaar worden verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft recent nogmaals contact gehad met de leverancier. Deze heeft opgemerkt dat de hulpmiddelen nog adequaat zijn en nog niet versleten.

 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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. Het geschil

 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.17. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.17.1. Waar hebt u recht op?”

*U hebt recht op verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking. Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet.
(...)*

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook het volgende:

- a. De voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;*
- b. Of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;*
- c. Welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;*
- d. De hoogte van een eventuele eigen bijdrage of maximum vergoeding.
(...)*

B.17.5. Voorwaarden

Algemeen

- a. U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven. Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.*
- b. U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel. Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgverlener met wie wij een zorg- en/of internetovereenkomst mee hebben gesloten, zien daar op toe.*
- c. U hebt een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/ voorschrijvers zijn.*
- d. Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.
(...)*

Zorgadvies en akkoordverklaring

- a. In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of vooraf een akkoordverklaring nodig is.*
- b. Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze*

*internetsite. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat u de aanvraag doet.
(...)"*

8.4. Artikel B.17.12. van het Reglement Hulpmiddelen luidt, voor zover hier van belang:

"B.17.12.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij langdurig compenseren van functieverlies van aderen bij transport van bloed en functieverlies van lymfevaten bij transport van lymfe (Artikel 2.6 sub m Regeling)

1. Hulpmiddel

A. Therapeutische elastische kousen (...)

2. Voorwaarden

Voor langdurige compensatie van functieverlies (...)

3. Akkoordverklaring 1e verstrekking nodig van:

Gecontracteerde zorgverlener

4. Akkoordverklaring nodig van ons:

Nvt

5. Verwijsbrief met medische diagnose nodig van

Behandelend arts

6. Bruikleen/ eigendom

Eigendom (...)

7. Let op!

Niet gecontracteerde zorgverlener:

- moet erkend zijn conform Erkenningsregeling Therapeutische Elastische Kousen; of

- huidtherapeut heeft contract "vrijgevestigd huidtherapeut" met ons

Geen vergoeding voor:

Steunkousen (klasse 1 of lager)"

8.5. Artikel B.17. van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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 nader uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv. Artikel 2.6 sub m Rzv betreft uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe.

8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. Artikel D.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op hulpmiddelenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

D.4.1. Eigen bijdragen Hulpmiddelenzorg

D.4.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de levering van functionerende medische hulpmiddelen (zie ook artikel B.17.1.) zoals die zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering.

D.4.1.2. Waar hebt u recht op?

Functionerende medische hulpmiddelen zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering. Op grond van de wet geldt voor een aantal medische hulpmiddelen een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage en/of een wettelijk vastgesteld maximum vergoeding. Wij geven u een aanvullende vergoeding voor de wettelijk vastgestelde eigen bijdragen en de wettelijk vastgestelde maximumbedragen die op deze medische hulpmiddelen van toepassing zijn.

Wat en hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

D.4.1.3. Voorwaarden

Algemeen

Als sprake is van hulpmiddelen als bedoeld in artikel D.4.1. voldoet u aan de voorwaarden van artikel B.17. en de voorwaarden van het Reglement Hulpmiddelen. Dit geldt niet als wij hiervan afwijken in deze verzekeringsvoorwaarden of in uw Vergoedingen Overzicht.

Zorgverlener

Het hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen zorgverlener. Deze kan per hulpmiddel anders zijn.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Als u een voorschrift nodig hebt, vermelden wij dat bij het betreffende hulpmiddel. **Zorgadvies en akkoordverklaring**

Wij geven per hulpmiddel aan, of wij u vooraf een akkoordverklaring moeten hebben gegeven. Wij kunnen aan deze akkoordverklaring nadere voorwaarden stellen. Hebben wij voor een hulpmiddel op grond van uw zorgverzekering een akkoordverklaring afgegeven, dan is deze ook van kracht voor een aanvullende verzekering.

(...)"

- 8.9. Het Vergoedingen Overzicht luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Hulpmiddelenzorg

ADL-hulpmiddelen

Hoeveel krijgt u vergoed

maximaal € 70,- per jaar

Voorwaarden

D.4.11.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat verzoekster aanspraak heeft op arm- en handkousen ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is hoeveel sets arm- en handkousen per jaar aan verzoekster dienen te worden verstrekt. Verzoekster wenst vier sets (twee maal twee sets) per jaar te verkrijgen; de ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat twee sets per jaar volstaan. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

- 9.2. Ingevolge de polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen wordt de beoordeling van de aanspraak op therapeutische elastische kousen uitgevoerd door de zorgverlener (in casu de leverancier). Deze beoordeelt of wordt voldaan aan de voorwaarden om tot verstrekking van het hulpmiddel over te gaan. Het hulpmiddel dient noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig duur te zijn.
- 9.3. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In onderhavig geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt ten aanzien daarvan een integrale toetsingsbevoegdheid toe. Beoordeeld moet worden of de ziektekostenverzekeraar heeft kunnen besluiten aan verzoekster niet vier maar twee sets arm- en handkousen te verstrekken.
- 9.4. Door verzoekster is gemotiveerd waarom zij is aangewezen op twee extra sets arm- en handkousen. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht, onder verwijzing naar de beoordeling door de leverancier, waarom hij van mening is dat dit niet het geval is. De commissie hecht aan de hoofdregel dat een verzekerde aanspraak heeft op één exemplaar van een hulpmiddel, waarbij in sommige gevallen tevens aanspraak bestaat op een reserve-exemplaar. Verzoekster vraagt in feite drie reserve-exemplaren. Anders dan het Zorginstituut meent, is de commissie van oordeel dat verstrekking van twee extra sets arm- en handkousen niet doelmatig is, zodat verzoekster hierop geen aanspraak heeft ten laste van de zorgverzekering. In dit kader is van belang dat door de behandelend huidtherapeut (de zorgverlener) van verzoekster weliswaar twee extra sets arm- en handkousen zijn geadviseerd, maar dat door de leverancier recent is vastgesteld dat de huidige voorzieningen (twee sets arm- en handkousen) nog adequaat zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft de inhoudelijke beoordeling van de aanspraak op hulpmiddelen uitbesteed aan de leverancier en niet aan de zorgverlener, zoals het Zorginstituut lijkt te veronderstellen. De suggestie van verzoekster dat bij verstrekking van twee exemplaren de voorzieningen sneller slijten, doet aan het voorgaande niet af. Indien dit aan de orde is en er niet langer sprake is van adequaat functionerende hulpmiddelen, bestaat immers recht op vervanging.
- 9.5. Door verzoekster is nog gesteld dat de leverancier en de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar tot hun oordeel zijn gekomen enkel op basis van stukken. Naar de commissie begrijpt acht verzoekster deze wijze van besluitvorming niet zorgvuldig. De commissie merkt hiertoe op dat de leverancier op de hoogte is van de geldende voorwaarden voor de verstrekking van hulpmiddelen. Aan verzoekster worden op regelmatige basis arm- en handkousen verstrekt. Haar specifieke situatie mag aldaar dan ook bekend worden verondersteld. Daarbij heeft de leverancier een ruime ervaring met andere gebruikers van deze hulpmiddelen. Indien verzoekster van mening is dat haar situatie toch onjuist is beoordeeld kan zij zich tot de gecontracteerde leverancier wenden. Alsdan zal zij gemotiveerd moeten verklaren - onder overlegging van de huidige arm- en handkousen - dat deze niet langer adequaat zijn.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering, biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanvullende vergoeding.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 28 januari 2015,



Voorzitter

