

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, siliconen cover beenprothese
Zaaknummer : 2011.00903
Zittingsdatum : 8 februari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub a en 2.8 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Royaal en T Royaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 vergoeding van de kosten van een onderbeenprothese met siliconen cover (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd en dat de kosten van de prothese zullen worden vergoed. De kosten van de siliconenovertrek van de prothese komen daarentegen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 maart 2011 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 8 september 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de siliconen cover van de beenprothese alsnog te vergoeden, 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 27 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 december 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 januari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 2 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011126381) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat er individuele omstandigheden bestaan waardoor verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een prothese met siliconen cover. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 18 januari 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 8 februari 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn tijdens de hoorzitting in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld een overzicht van verzekerden aan te leveren waarbij de aanvraag voor een prothese met siliconencover door de ziektekostenverzekeraar is gehonoreerd. Bij brief van 14 februari 2012 heeft verzoekster bedoeld overzicht ingezonden. De commissie heeft het overzicht hierna doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar met het verzoek om een reactie. Bij brieven van 22 februari en 1 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Afschriften hiervan zijn op 12 maart 2012 ter kennisneming aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Bij brief van 12 maart 2012 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 maart 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar in 2007 heeft besloten de kosten van de toentertijd aangeschafte onderbeenprothese met cosmetische afwerking volledig te vergoeden. Na 2007 is de stomp van verzoekster echter gevoeliger geworden en werd het voor de leverancier van de ziektekostenverzekeraar steeds moeilijker de prothese zo aan te passen dat verzoekster geen pijnklachten had. Uiteindelijk heeft

verzoekster contact opgenomen met de firma Otto Bock en deze heeft voor verzoekster een nieuwe prothese vervaardigd met een siliconen overtrek. De nieuwe prothese heeft een betere pasvorm en geeft geen huidirritatie. Bovendien is deze prothese – in tegenstelling tot een reguliere prothese – geheel naadloos, hetgeen bevorderlijk is voor de vermindering van de pijnklachten.

4.2. Ter zitting is voorts aangevoerd dat de firma Otto Bock onderzoek heeft gedaan naar 28 aanvragen voor een prothese met siliconen cover die bij dit bedrijf zijn gedaan sinds juli 2007. In zeven gevallen betrof het een verzekerde van het verzekeringsconcern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort en is de aanvraag gehonoreerd. Verzoekster maakt uit de resultaten van dit onderzoek op dat de ziektekostenverzekeraar een toewijzend beleid voert ten aanzien van de onderhavige siliconencovers.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de aangevraagde prothese conform de verzekeringsvoorwaarden vergoed, met uitzondering van de siliconen cover van de prothese, die door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen omdat deze cover niet doelmatig is, gelet op de kosten van een dergelijke afwerking, – € 4.416,96 –, terwijl de prijs van een conventionele overtrek ongeveer € 750,- is. Bovendien is niet gebleken dat een siliconen cover een functionele meerwaarde heeft ten opzichte van een conventionele overtrek. De firma Otto Bock heeft weliswaar enkele argumenten aangevoerd maar deze komen niet overeen met de argumenten van de revalidatiearts. Zo wordt, in tegenstelling tot hetgeen Otto Bock schrijft, in de brief van de revalidatiearts niet gesproken over pijn of sensibiliteitstoornissen.

5.2. In 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster eenmalig en uit coulance een prothese met cosmetische afwerking vergoed. Dit is bij brief van 6 september 2007 aan haar medegedeeld, in welke brief tevens erop is gewezen dat indien verzoekster na ommekomst van de reguliere gebruikstermijn van drie jaar een vervolgaanvraag zou doen, geen vergoeding plaatsvindt.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard nader onderzoek te doen naar de zeven gevallen waarbij de prothese met siliconen cover is vergoed door een verzekeraar binnen zijn concern.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

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

zekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 28 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

"Art. 28 Hulpmiddelen

28.1 Algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan.

(...)

Voorwaarde

Voor de levering, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, 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.

(...)"

8.3. In artikel 3.1.1 van het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan is een en ander als volgt uitgewerkt:

"3.1.1 de onderste en bovenste extremiteiten (armen en benen) , bijvoorbeeld prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet, inclusief:

- oplaadinrichting en batterijen als het gaat om hulpmiddelen met een energievoorziening;
- de algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken als het gaat om een armprothese;
- een stompkous of liner:

Artikel Regeling : artikel 2.6 sub a, verder uitgewerkt in artikel 2.8 1ste lid, onderdeel a, sub 1°.

Bruikleen/eigendom : eigendom.

Procedure : de verzekerde kan met de aanvraag en motivatie van de voorschrijver naar de leverancier.

Voorschrijver : revalidatiearts.

Vervanging/herstel : de verzekerde kan contact opnemen met de leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft.

(...)"

Artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.4. Artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, artikel 28 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 e.v. Rzv. De aanspraak op beenprothesen is geregeld in artikel 2.6 sub a en artikel 2.8 Rzv.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vergoeding van de geleverde onderbeenprothese is niet in geschil. Het geschil spitst zich toe op de vraag naar de doelmatigheid van de siliconen cover van deze prothese. Gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw is het antwoord op de vraag of bepaalde zorg voor een verzekerde doelmatig is, voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In zodanige situatie kan de commissie slechts marginaal toetsen.
- 9.2. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de in overweging 5.1. weergegeven motivering in redelijkheid tot het oordeel heeft kunnen komen dat een siliconen cover in de situatie van verzoekster niet doelmatig is. Het gegeven dat in 2007 een onderbeenprothese met cosmetische afwerking is vergoed, maakt het voorgaande niet anders. Uit de brief van 6 september 2007 van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster blijkt duidelijk dat het destijds een onverplichte vergoeding betrof met een eenmalig karakter.
- 9.3. Ter zitting is door verzoekster gesteld dat het verzekeringsconcern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort een toewijzend beleid voert ten aanzien van de onderhavige siliconen covers, hetgeen de commissie begrijpt als een beroep op het gelijkheidsbeginsel. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld een overzicht over te leggen van verzekerden die een vergoeding hebben ontvangen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en een overzicht in de procedure overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie op bedoeld overzicht gesteld dat het stuk onvoldoende gegevens bevat om na te gaan of de hierin vermelde personen een prothese met siliconen cover vergoed hebben gekregen. Nu in het overzicht uitsluitend namen zijn genoemd, zonder woonplaats of polisnummers, dan

wel andere verzekerdensmerken, is verzoekster niet erin geslaagd aannemelijk te maken dat het verzekeringsconcern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort het beleid voert dat siliconencovers als regel worden vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, zodat de bespreking van die verzekering verder achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2012,

Voorzitter