

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg; rollator
Zaaknummer : 2008.01618
Zittingsdatum : 3 juni 2009

Zaak: 2008.01618 (Hulpmiddelenzorg; rollator)

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, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 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 2 juli 2008 de kosten van een rollator slechts gedeeltelijk te vergoeden.

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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze blijft in het vervolg buiten beschouwing. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend huisarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "chronische rugpijn" en "status na multiple wervelfracturen bij osteoporose en valneiging bij epilepsie". Verzoeker heeft, naar aanleiding van de gestelde diagnose, bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een rollator en een korset. Bij brief van 2 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar de aanvraag afgewezen. Verzoeker kan zich niet met deze beslissing verenigen en claimt volledige vergoeding van de kosten van de rollator, welke hij intussen voor een bedrag van € 617,98 zelf heeft aangeschaft (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 november 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 28 november 2008 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 20 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 maart 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 23 februari 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 24 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de functiebeperkingen van verzoeker. Als deze beperkingen in kaart zijn gebracht kan worden bepaald welk type rollator voor verzoeker het meest adequaat is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. De zorgverzekeraar is op 3 juni 2009 telefonisch gehoord. Verzoeker is driemaal gebeld, maar was niet bereikbaar. De zorgverzekeraar is in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft, ten gevolge van zijn epilepsie, een aantal wervels gebroken en kampt met ernstige osteoporose. Door zijn aandoeningen heeft hij een vergrote kans op botbreuken of verlammingen indien hij komt te vallen. Om die reden heeft verzoeker gekozen voor een extra stabiele rollator met grotere wielen. Bovendien kan het zitvlak van deze rollator worden opgeklapt zodat er tussen de wielen kan worden gelopen, wat extra steun biedt.
Verder stelt verzoeker dat de door hem aangeschafte rollator extra comfort biedt doordat deze een vast remsysteem heeft, waardoor er geen bladeren tussen de wielen kunnen komen en hij niet hoeft te bukken. Een lichtgewicht rollator, uit een gemiddelde prijsklasse, biedt verzoeker deze voordelen niet. Derhalve zag hij zich genoodzaakt een duurdere uitvoering aan te schaffen.
Tot slot stelt verzoeker dat hij voor volledige vergoeding in aanmerking dient te komen gezien het feit dat dit zijn eerste aanvraag voor een rollator is.

- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Volgens de zorgverzekeraar staat niet ter discussie dat verzoeker volgens de polisvoorwaarden aanspraak heeft op een rollator. Het geschil spitst zich enkel toe op de hoogte van het bedrag dat verzoeker vergoed wil krijgen.
- 5.2. De polisvoorwaarden van de zorgverzekering bepalen dat aanspraak bestaat op een rollator indien deze voor verzoeker noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Deze voorwaarden dienen door de zorgverzekeraar beoordeeld te worden. De door verzoeker aangeschafte rollator is volgens de zorgverzekeraar onnodig kostbaar. Een lichtgewicht rollator kan door de leveranciers van de zorgverzekeraar worden geleverd voor € 120,--. Dit bedrag is uitgekeerd aan verzoeker.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar aangegeven de rollator alsnog te vergoeden.
- 5.4. 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. Nu de zorgverzekeraar tot vergoeding van de rollator is overgegaan, hebben partijen daaromtrent niet langer een geschil.
- 7.2. Nu de zorgverzekeraar eerst in de eindfase van de procedure tot de conclusie komt dat de rollator van verzoeker de meest adequate voorziening is en hij overgaat tot vergoeding van de kosten, ziet de commissie reden te komen tot het oordeel dat de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld dient te vergoeden.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie constateert dat partijen thans geen geschil meer hebben omtrent het voorgelegde verzoek.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 17 juni 2009,

Voorzitter