



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar
N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Hulpmiddelenzorg, bad/waterprothese, intrekking machtiging
Zaaknummer : 201701767
Zittingsdatum : 23 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.6, onderdeel a, en 2.8 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, 3:37 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 1P is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een bad/waterprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is toegekend. Bij brief van 15 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel aan verzoeker medegedeeld dat de eerdere brief berustte op een fout, en heeft hij de aanspraak alsnog afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 november 2017 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 maart 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 maart 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 maart 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 6 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018011428) de commissie bij wijze van voorlopig advies geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of verzoeker is aangewezen op een bad/waterprothese. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 april 2018 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 april 2018 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 20 april 2018 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.9. De commissie heeft het Zorginstituut bij brief van 20 april 2018 een afschrift gestuurd van de uitkomst van het nader onderzoek en bij die gelegenheid gevraagd of dit verandering brengt in het voorlopig advies. Bij brief van 2 mei 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het verzoek dient te worden afgewezen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot zijn afwijzende beslissing heeft kunnen komen. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut is op 4 mei 2018 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 9 mei 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift hiervan is op 14 mei 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft een beenprothese voor normaal gebruik, die niet vochtbestendig is. Bij het douchen dient hij daarom achterwaarts via een sprong (op één been) de douchecabine te betreden. Het behoeft geen toelichting dat deze handelwijze een potentieel gevaar voor verzoeker oplevert. Ook tijdens het zwemmen heeft verzoeker grote moeite het bad met één been te verlaten. Om die reden heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar een bad/waterprothese aangevraagd. De door de ziektekostenverzekeraar genoemde voorziening in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) biedt voor verzoeker geen oplossing, omdat hij beschikt over een koopwoning.
- 4.2. De bad/waterprothese is in eerste instantie door de ziektekostenverzekeraar toegekend. Bij brief van 15 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de toestemming evenwel ingetrokken omdat deze berustte op een fout. Verzoeker meent dat hij ervan mocht uitgaan dat de prothese conform de gedane toezegging wordt verstrekt. Dat in de toelichting wordt vermeld dat de prothese volgens de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering niet wordt vergoed, doet hieraan niet toe of af. De ziektekostenverzekeraar heeft immers de indruk gewekt dat hij de aanvraag voor de prothese heeft goedgekeurd.
- 4.3. Bij brief van 17 april 2018 heeft verzoeker, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut, toegelicht wekelijks deel te nemen aan zwembles. Het verplaatsen rondom het zwembad en in omliggende ruimten levert geen probleem op indien gebruik wordt gemaakt van een rolstoel. De wens van verzoeker gebruik te maken van een bad/waterprothese vloeit met name voort uit het feit dat hij niet zelfstandig het zwembad via het trapje kan verlaten.

- 4.4. Bij brief van 9 mei 2018 heeft verzoeker, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut van 2 mei 2018, opgemerkt dat zijn linkerbeen heel slecht is en hij hierop niet kan staan. Hij heeft diverse alternatieven geprobeerd, zoals het waterbestendig maken van de huidige prothese met een plastic zak, maar komt hiermee niet uit. De bad/waterprothese is hem voorgeschreven door zijn revalidatiearts, die heeft verklaard dat een bad/waterprothese het beste hulpmiddel is om de klachten van verzoeker te verhelpen of te verlichten.
- 4.5. Verzoeker 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 aanvraag van verzoeker voor een bad/waterprothese beoordeeld, en is tot de conclusie gekomen dat andere mogelijkheden bestaan om de problemen die verzoeker ondervindt op te lossen. Zo kunnen in het zwembad hulpmiddelen worden ingeschakeld om het bad te verlaten. In de douchecabine kan een krukje worden geplaatst waarop verzoeker kan plaatsnemen. Indien dit niet mogelijk is kan verzoeker aanspraak maken op een voorziening vanuit de Wmo. Dat verzoeker over een koopwoning beschikt, doet aan deze aanspraak niet af. Verzoeker kan een aanvraag indienen bij de gemeente.
- 5.2. Met betrekking tot de brief van 8 augustus 2017 geldt dat hierin onjuiste informatie staat. Bovenaan de brief staat weliswaar dat de bad/waterprothese wordt toegekend, maar verderop in het stuk is vermeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor geen dekking bieden. Op 14 augustus 2017 heeft de echtgenote van verzoeker contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van een e-mailbericht dat zij op 11 augustus 2017 had gestuurd, waarbij de medewerker heeft aangekondigd dat een gecorrigeerde brief zou volgen. Deze brief met een afwijzing van de aanvraag is op 15 augustus 2017 aan verzoeker gezonden. Hierin zijn hem excuses aangeboden voor de gemaakte fout. Omdat verzoeker geen schade heeft geleden naar aanleiding van de onjuiste brief, is besloten hem de bad/waterprothese niet alsnog te vergoeden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 april 2018 medegedeeld dat op 18 april 2018 een brief van de ergotherapeut/revalidatiearts van verzoeker is ontvangen, waaruit blijkt dat verzoeker gebruik maakt van een rolstoel om zich te verplaatsen in het zwembad en de omliggende ruimten. Andere hulpmiddelen lijken niet te zijn overwogen. Daarom blijft de ziektekostenverzekeraar van mening dat vergoeding van de bad/waterprothese dient te worden afgewezen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en van 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 gehouden is 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. (...)”

8.4. In artikel 3.2 van het 'Verzekeringsreglement' van de ziektekostenverzekeraar zijn de voorwaarden voor verstrekking van prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet en toebehoren nader omschreven.

8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen, voor zover hier van belang, het volgende ten aanzien van indicatie en doelmatigheid:

“(...) Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering. (...)”

8.6. De zorgverzekering en het 'Verzekeringsreglement' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt

van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan is geregeld in artikel 2.6, onderdeel a, Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.8 Rzv.

- 8.8. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat verzoeker beschikt over een reguliere beenprothese en dat dit hulpmiddel voor hem adequaat is. Verder volgt uit het advies van het Zorginstituut dat een bad/waterprothese die naast een reguliere prothese kan worden verstrekt een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Dat verzoeker hiervoor een indicatie heeft, vormt geen onderwerp van geschil. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de bad/waterprothese in de situatie van verzoeker doelmatig is.
- 9.2. Gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1, derde lid, Bzv, behoort de eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de doelmatigheid omschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt ten aanzien daarvan een integrale toetsingsbevoegdheid toe.
- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij zowel in het zwembad als thuis moeite heeft zich op één been te verplaatsen, waardoor gevaarlijke situaties ontstaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat in het zwembad voorzieningen aanwezig zijn die het mogelijk maken veilig in en uit het zwembad te komen, terwijl thuis kan worden volstaan met andere hulpmiddelen, waaronder een kruk. De commissie overweegt in de eerste plaats dat voor zover het de thuissituatie van verzoeker betreft de Wmo als voorliggende voorziening moet worden beschouwd. Indien hieraan wordt voorbijgegaan, geldt dat de aanvraag voor een hulpmiddel moet worden onderbouwd. Uit de ingediende aanvraag blijkt niet waarom verzoeker is aangewezen op een bad/waterprothese. Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut en het daaropvolgende onderzoek door de ziektekostenverzekeraar is geen verklaring van de ergotherapeut of revalidatiearts overgelegd. De verwijzing door verzoeker naar de handtekening van de revalidatiearts onder de aanvraag is in dit verband onvoldoende. De commissie concludeert dat aldus niet aannemelijk is gemaakt dat verzoeker is aangewezen op een bad/waterprothese en dat de ziektekostenverzekeraar daarom terecht heeft besloten dat verstrekking hiervan, als zijnde niet doelmatig, moet worden geweigerd. Verzoeker kan desgewenst een nieuwe, onderbouwde aanvraag indienen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een bad/waterprothese, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

 **Brief ziektekostenverzekeraar d.d. 8 augustus 2017**

9.5. In zijn brief van 8 augustus 2017 aan verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld: *"(...) We hebben uw aanvraag in behandeling genomen en deze goedgekeurd".* Daarop volgt een weergave van hetgeen is aangevraagd, gevolgd door de tekst: *"(...) De overheid bepaalt wat er verzekerd is in de Basisverzekering. In de verzekeringsvoorwaarden van de Basisverzekering [is] een badprothese niet genoemd. Ook in uw aanvullende verzekering is het vergoeden van een badprothese niet genoemd. Voor het douchen zijn er voorliggende oplossingen voorhanden. De machtiging is niet meer geldig als de medische noodzaak niet meer aanwezig is of bij wijziging van wet- en regelgeving en/of verzekeringsvoorwaarden. (...)"*.


Hoewel de brief van de ziektekostenverzekeraar ongelukkig is geformuleerd, kan deze naar het oordeel van de commissie niet worden gezien als een ondubbelzinnige toezegging, inhoudende toekenning van de bad/waterprothese, waarop verzoeker gerechtvaardigd mocht vertrouwen. Een en ander kan daarom niet leiden tot een ander oordeel.


 **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 6 juni 2018,

 G.R.J. de Groot