

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B in zijn hoedanigheid van wettelijk
vertegenwoordiger van C te B, vertegenwoordigd door mevrouw D
te E, tegen F te G

Zaak : Hulpmiddelenzorg, aangepast bed, doelmatigheid

Zaaknummer : 2013.00455

Zittingsdatum : 28 augustus 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 e.v. Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te B, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door mevrouw D te E,

tegen

F te G, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een aangepast bed ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 11 februari 2013 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).

3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 juni 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 juni 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 14 juni 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 juli 2013 (zaaknummer 2013072784) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat het in 2010 aangeschafte bed niet is te beschouwen als een adequaat functionerend hulpmiddel. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 7 augustus 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker is op 28 augustus 2013 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.
- 3.9. Bij brief van 30 augustus 2013 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 11 september 2013 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 2010 een vergoeding ontvangen voor de kosten van een aangepast bed ten behoeve van verzekerde. Inmiddels voldoet dit bed niet meer en daarom is in 2012 een nieuwe aanvraag ingediend. Destijds was de situatie van verzekerde dat hij zich met moeite kon omrollen en slechts kortdurend op zijn buik kon liggen. Inmiddels heeft verzekerde echter stappen in zijn ontwikkeling gemaakt; hij is meer beweeglijk en kan zich optrekken aan de spijlen van het bed. Daar komt bij dat verzekerde fors is gegroeid. De rand van het huidige bed is te laag waardoor verzekerde zich vaak stoot; het bed is daarom niet meer veilig.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn afwijzende beslissing gemotiveerd door te stellen dat de medische indicatie niet is veranderd. Ten aanzien hiervan voert verzoeker aan dat de diagnose weliswaar niet veranderd is, maar verzekerde wel een verandering van de motorische ontwikkeling heeft doorgemaakt die vooraf niet was voorzien.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij op geen enkele wijze van de gestelde gemiddelde gebruiksduur van een aangepast bed op de hoogte is gesteld. Ook uit het Reglement Hulpmiddelen blijkt dit niet.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In het najaar van 2010 heeft de gecontracteerde leverancier van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker ten behoeve van verzekerde een bed geleverd. Bij kinderen levert de betreffende leverancier doorgaans een bed in volwassenenmaatuitvoering. Ook zijn beddekken meegeleverd. Kort na deze levering bleek dat het geleverde bed niet voldeed aan de verwachtingen, waarna verzoeker het heeft teruggestuurd. Verzoeker heeft vervolgens bij een andere – niet gecontracteerde – leverancier een bed laten vervaardigen. Voor laatstgenoemd bed heeft verzoeker een restitutievergoeding van € 862,20 ontvangen.
- 5.2. De gemiddelde gebruiksduur van een aangepast bed is minimaal vijf jaar. Dit kan anders zijn indien sprake is van een gewijzigde medische indicatie. Volgens de zorginhoudelijk adviseur hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar is bij verzekerde geen sprake van een gewijzigde medische indicatie, maar van een ontwikkeling die had kunnen worden voorzien en waarop had kunnen worden geanticipeerd bij de aankoop van het bed. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van mening dat een vergoeding van de kosten van een tweede bed binnen een termijn van vijf jaar niet doelmatig is.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de gebruiksduur van een aangepast bed reeds in 2010 is besproken. Voorst stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij over informatie beschikt waaruit blijkt dat het in 2010 aangeschafte bed nog voldoet. Mocht evenwel het bed toch niet voldoen dan kon onderzocht worden of het bed aangepast kon worden, maar aangezien verzoeker niet meer over het bed beschikt is dit niet meer aan de orde.
- 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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van onder meer hulpmiddelen bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

(...)

In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] vindt u de volgende informatie:

- of u recht hebt op de vergoeding van de kosten van het hulpmiddel in eigendom of dat u het hulpmiddel in bruikleen krijgt;

(...)

- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;

(...)”

In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2012 is onder meer de aanspraak op vergoeding van inrichtingselementen van woningen opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving hulpmiddel: bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen.

Eigendom/bruikleen: bruikleen

Verwijzing door: behandelend arts

Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet. Als uw hulpmiddel gerepareerd of vervangen moet worden, kunt u bij de zorgaanbieder terecht.

Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder: U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.

(...)”

- 8.3. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde recht heeft op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is.
- 8.4. De artikelen 1.2 en 31 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2012 zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (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 tot en met 2.36 Rzv.

- 8.6. 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.

Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts wordt beoordeeld op basis van zorginhoudelijke criteria.

- 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat een aangepast bed een verzekerde prestatie vormt en dat verzekerde een indicatie heeft voor een dergelijk hulpmiddel. Deze situatie is sinds de aanschaf van het huidige bed in 2010 niet veranderd. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, spitst het geschil zich toe op de vraag of vervanging van dit bed doelmatig is. 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 ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat vervanging van het door verzoeker aangeschafte bed ten behoeve van verzekerde niet doelmatig is. Ter onderbouwing heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker in 2011 op eigen initiatief bij een niet-gecontracteerde leverancier een aangepast bed heeft laten vervaardigen. De minimale gebruikstermijn voor een aangepast bed is vijf jaar. De door verzoeker aangevoerde veranderingen houden verband met de ontwikkeling en groei van een kind, waarmee bij de aanschaf van het bed rekening had moeten worden gehouden.
- 9.3. Op basis van het CVZ-advies van 16 juli 2013 gaat de commissie ervan uit dat het thans in gebruik zijnde bed onveilig is en als zodanig niet meer voldoet. Verzekerde heeft echter recht op een adequaat functionerend hulpmiddel. Om die reden is de commissie van oordeel – in navolging van het advies van het CVZ – dat verzekerde aanspraak kan maken op een adequaat functionerend hulpmiddel in de vorm van een nieuw aangepast bed en dat de ziektekostenverzekeraar niet in redelijkheid tot het oordeel heeft kunnen komen dat vervanging van het aangepaste bed in de situatie van verzekerde niet doelmatig is.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 25 september 2013,

Voorzitter