



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, persoonlijke alarmeringsapparatuur
Zaaknummer : 201702094
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub t en 2.26 sub j Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering IZA Eigen Keuze (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 IZA Classic Comfort 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).

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 de door haar reeds aangeschafte persoonlijke alarmeringsapparatuur. Bij brief van 24 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 november 2017 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 2 maart 2018 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 25 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juni 2018 aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft bij

brief van 10 juli 2018 gereageerd op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 juli 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 27 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018033048) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een medische indicatie voor persoonlijke alarmeringsapparatuur niet kan worden vastgesteld. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 juli 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Bij e-mailbericht van 28 augustus 2018 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De huisarts heeft over verzoekster het volgende verklaard: *"In verband met aanvraag van personenalarm wil ik bevestigen dat u een verhoogd valrisico heeft. Dit houdt verband met arthroseklachten, waardoor u met name in de ochtend stijve en pijnlijke gewrichten heeft. U bent hierdoor - terecht - angstig om te vallen. De gewrichtsklachten en de angst belemmeren u in uw zelfstandig functioneren"*.

4.2. Verzoekster stelt dat op grond van artikel 2.26, sub j, Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv) een verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur indien de verzekerde lichamelijk gehandicapt is en in een verhoogde risicosituatie verkeert. Volgens het woordenboek (Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal) is een lichamelijk gehandicapte iemand "die door een gebrek in zijn bewegingen wordt belemmerd". Door de keuringsarts van de gemeente is verklaard dat dit bij verzoekster aan de orde is waarna een gehandicaptenparkeerkaart is afgegeven. Daarmee is aan de eerste voorwaarde voldaan.

4.3. Verder geldt dat verzoekster sinds het overlijden van haar echtgenoot in september 2017 alleenstaand is. Het dichtstbijzijnde familielid woont op meer dan twintig kilometer afstand en komt slechts zelden op bezoek. Verzoekster lijdt aan diabetes. Gelet op haar hoge leeftijd is het aannemelijk dat indien verzoekster ten val komt, zij niet meer zelfstandig kan opstaan, laat staan zich kan voortbewegen naar een telefoon. Deze omstandigheden maken dat verzoekster is aangewezen op persoonlijke alarmeringsapparatuur. Een en ander wordt bevestigd door de huisarts die hiertoe de onder 4.1 genoemde verklaring heeft afgegeven.

4.4. Verzoekster merkt nog op dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn afwijzende beslissingen veel meer criteria noemt dat die zijn vermeld in artikel 2.26, sub j, Rzv. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar als criteria aangevoerd dat zelfstandig opstaan na een val niet meer mogelijk is én de verzekerde niet meer in staat is een telefoon te kunnen bedienen. Dat de ziektekostenverzekeraar kennelijk andere criteria hanteert dan de wetgever verbaast verzoekster zeer. In reactie op het advies van het Zorginstituut van 18 juli 2018 stelt verzoekster dat het haar bekend is dat andere zorgverzekeraars dan de ziektekostenverzekeraar de kosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur zonder meer vergoeden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Persoonlijke alarmeringsapparatuur is opgenomen in de Rzv. Deze apparatuur is bedoeld om het zelfstandig wonen mogelijk te maken voor personen die sociaal en ADL-redzaam zijn, maar als gevolg van ziekte of gebrek een verhoogd risico lopen in een noodsituatie terecht te komen. Om in aanmerking te komen voor persoonlijke alarmeringsapparatuur, moet zijn voldaan aan enkele criteria:
- er moet voor de verzekerde een duidelijke noodzaak bestaan om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen;
 - de verzekerde is gedurende langere tijd op zichzelf aangewezen;
 - van de verzekerde kan niet worden verwacht dat deze in een noodsituatie zelfstandig de telefoon kan bedienen.
- 5.2. Om voor vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur in aanmerking te komen dient aan voornoemde criteria te zijn voldaan. Een mobiliteitsprobleem vormt dus niet zonder meer een indicatie voor persoonlijke alarmeringsapparatuur. Er is slechts een indicatie als kan worden gesproken van een verhoogd valrisico en het mobiliteitsprobleem dusdanig ernstig is dat op voorhand vaststaat dat zelfstandig opstaan na een val waarschijnlijk niet meer mogelijk is. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat iemand snel moet worden geholpen om medische complicaties te voorkomen.
- 5.3. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens blijkt niet dat op voorhand vaststaat dat verzoekster na een val niet meer kan opstaan of de telefoon niet meer kan bedienen. Voor zover verzoekster stelt dat zij lijdt aan diabetes geldt dat er twee situaties zijn waarbij het aannemelijk is dat een verzekerde met diabetes mellitus een verhoogd risico heeft om in een noodsituatie terecht te komen. Dat is het geval bij:
- a. personen waarbij de hypoglykemie binnen vijf tot tien minuten na de start van prodromale verschijnselen complicaties geeft waardoor er geen sprake is van voldoende reactietijd om gebruik te kunnen maken van glucagoninjecties of het innemen van glucose;
 - b. personen waarbij zoveel schade is opgetreden in een eindsituatie van diabetes mellitus waarbij er geen prodromen meer worden waargenomen en/of die niet meer handelingsbekwaam zijn (b.v. glucagon spuiten of actief glucose innemen).
- Geen van bovengenoemde situaties is bij verzoekster aan de orde zodat zij niet voldoet aan de gestelde voorwaarden om voor vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur in aanmerking te komen. De hoge leeftijd van verzoekster maakt dit niet anders.
- 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 7 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 kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel 36 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg 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 hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen 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 opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in. (...)"

 8.4. In het Reglement hulpmiddelen 2017 van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat aanspraak bestaat op hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering. Deze bepaling luidt als volgt:

"Omschrijving hulpmiddel: persoonlijke alarmeringsapparatuur

Eigendom/buikleen: buikleen

Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: Ketenkeurmerk branchevereniging WDTM

Verwijzing door: behandelend arts

Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig

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

Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden: Bijzonderheden U hebt alleen recht op (vergoeding van de kosten van) deze apparatuur als u:

- lichamelijk gehandicapt bent en een duidelijke noodzaak bestaat om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen om complicaties te voorkomen;*
- bovendien gedurende langere tijd op uzelf bent aangewezen;*
- in een noodsituatie niet in staat bent de telefoon zelfstandig te bedienen.*

U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van):

- het abonnement voor de meldkamer;*
- professionele alarmopvolging."*

 8.5. Artikel 36 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen 2017 van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

 8.6. 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 2.9 Bzv. De aanspraak op personenalarmering is opgenomen in artikel 2.6, sub t, Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.26, sub j, Rzv.

- 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. De zorgverzekering biedt dekking voor persoonlijke alarmeringsapparatuur. In de toelichting bij artikel 2.26, sub j, Rzv, welk artikel ten grondslag ligt aan de in de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen 2017 opgenomen aanspraak, is voor zover hier van belang het volgende opgenomen:

"(...) Het doel van de alarmeringsapparatuur is zelfstandig wonen mogelijk te maken voor personen die sociaal redzaam zijn en redzaam zijn in de algemene dagelijkse levensverrichtingen, maar als gevolg van ziekte of gebrek een verhoogd risico lopen in een noodsituatie terecht te komen. De apparatuur kan worden verstrekt aan gehandicapten:

- voor wie een duidelijke noodzaak bestaat om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen;
- die bovendien gedurende langere tijd op zichzelf zijn aangewezen;
- en van wie men niet kan verwachten dat ze in een noodsituatie de telefoon zelfstandig kunnen bedienen."

Hieruit volgt dat, anders dan door verzoekster is gesteld, de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde criteria hun basis wél in de wetgeving hebben, zij het niet alle in de wettekst zelf. Uitgaande van voornoemde criteria overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Of bij verzoekster kan worden gesproken van een verhoogd valrisico kan in het midden blijven, aangezien niet is komen vast te staan dat in haar geval een duidelijke noodzaak bestaat om in geval van nood onmiddellijk medische of technische hulp van buitenaf in te roepen teneinde complicaties te voorkomen. Dat verzoekster vanwege haar diabetes direct medische hulp nodig heeft, is gesteld noch gebleken, terwijl de ziektekostenverzekeraar in reactie hierop heeft toegelicht dat de aandoening slechts in een tweetal situaties leidt tot een verhoogd risico om in een noodsituatie terecht te komen. Deze doen zich bij verzoekster evenwel niet voor. Ook is niet komen vast te staan dat verzoekster in een noodsituatie niet in staat is een (mobiele) telefoon zelfstandig te bedienen. Het voorgaande wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 18 juli 2018.
- Hetgeen door verzoekster in dit verband is aangevoerd met betrekking tot de bereikbaarheid van familieleden kan niet leiden tot een andere uitkomst, aangezien in voorkomend geval, uitgaande van een acute medische noodzaak, het voor de hand ligt het landelijke alarmnummer en niet een familielid te bellen. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak kan maken op (vergoeding van) persoonlijke alarmeringsapparatuur.

- 9.3. Voor zover verzoekster stelt dat andere zorgverzekeraars de kosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur zonder meer vergoeden geldt dat zorgverzekeraars op basis van de polisvoorwaarden dienen te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoekster op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor persoonlijke alarmeringsapparatuur, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 29 augustus 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester