



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.
beide te Tilburg
Zaak : Hulpmiddelenzorg, anti-decubitus matras, controlebezoeken, sta-orthese
Zaaknummer : 201701652
Zittingsdatum : 18 april 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onderdeel e, 2.6, onderdeel i, 2.12 en 2.17 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de OHRA Zorgverzekering (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Compleet en OHRA Gezond afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een aangepast bed, een anti-decubitus matras en een sta-orthese. Deze hulpmiddelen zijn door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker verstrekt. Verzoeker wenst minder controlebezoeken in verband met de verstrekking van deze hulpmiddelen. Voorts wenst verzoeker dat het verstrekte bed wordt gerepareerd, in plaats van dat het wordt vervangen. Tot slot wenst verzoeker een vast aanspreekpunt bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van zijn zorgvragen. Bij e-mailbericht van 11 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn verzoek af te wijzen, voor zover dit ziet op het aantal controlebezoeken en de reparatie van zijn bed. Bij brief van 13 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker in de gelegenheid gesteld contact op te nemen met de afdeling Juridische Zaken om een afspraak te maken over een vast aanspreekpunt.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij e-mailbericht van 20 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen 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 30 januari 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) het aantal controlebezoeken ten behoeve van de verstrekte hulpmiddelen te verminderen, (ii) het aangepaste bed te repareren in plaats van te vervangen, en (iii) hem een vast aanspreekpunt te bieden voor zijn zorgvragen ten aanzien van de hulpmiddelen waarop hij aanspraak maakt (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 14 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 maart 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 maart 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 maart 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is bekend met een progressieve ziekte, waardoor hij is aangewezen op hulpmiddelen, waaronder een aangepast bed, een anti-decubitusmatras en een sta-orthese, die door de ziektekostenverzekeraar zijn verstrekt. Sinds 2016 vinden regelmatig controlebezoeken plaats, teneinde vast te stellen of de verstrekte hulpmiddelen nog adequaat zijn. Verzoeker is per week 22 uren bezig met het organiseren van alle benodigde zorg. Gelet op het ziektebeeld loopt de energie van verzoeker steeds verder terug en heeft hij geprobeerd, in overleg met de ziektekostenverzekeraar, het aantal controlebezoeken te beperken. In december 2016 heeft verzoeker van de ziektekostenverzekeraar bericht ontvangen waaruit volgt dat dit mogelijk is en dat hij hierover contact kan opnemen met de hulpmiddelenleverancier. In een later stadium is de ziektekostenverzekeraar hierop teruggekomen. Verzoeker houdt de ziektekostenverzekeraar echter aan zijn toezegging.
- 4.2. Daarnaast bevreemdt het verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat hij niet op de hoogte is van het gegeven dat de frequentie van het aantal controlebezoeken, ten behoeve van de hulpmiddelen die zijn verstrekt, is toegenomen. Ter illustratie brengt verzoeker naar voren dat hij voorheen slechts met één zorgverlener hiervoor in contact moest blijven, terwijl dit inmiddels vier zorgverleners zijn. Dit is voor de ziektekostenverzekeraar gemakkelijk te controleren, door bijvoorbeeld in contact te treden met de door hem gecontracteerde zorgverleners.
- 4.3. Voorts geldt dat het anti-decubitusbed in 2005 is vervangen, terwijl dit bed nog prima functioneerde. Toen de hulpmiddelenleverancier het bed in december 2016 afkeurde en adviseerde dit te vervangen, heeft verzoeker een tweetal andere bedrijven ingeschakeld voor een second-opinion, omdat hij van mening was dat het bed nog functioneerde en enkel een betere afstelling vereiste. Volgens de ingeschakelde bedrijven was het bed nagenoeg onderhoudsvrij en zou hooguit de motor moeten worden vervangen, wat ongeveer € 300,- zou kosten. Vervangen van het hele bed is

nutteloos en kost verzoeker veel energie en de maatschappij veel geld. Verzoeker heeft berekend dat de totale kosten van vervanging ongeveer € 4.500,- bedragen.

Vanaf 2017 is een andere hulpmiddelenleverancier door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. De nieuwe leverancier mag geen onderhoud plegen aan hulpmiddelen die niet door hem zijn geleverd, blijkt uit de contracten tussen de ziektekostenverzekeraar en de hulpmiddelenleveranciers. Ook andere bedrijven mogen dit onderhoud niet plegen. Dit soort contracten, die voor een verzekerde niet zijn in te zien, zorgen voor een perverse prikkel om goede spullen af te keuren, wat leidt tot een verspilling van geld. Ook de minister heeft dit vastgesteld. Voorts verklaart dit tevens waarom de hulpmiddelenleverancier het bed in 2016 heeft afgekeurd en heeft geadviseerd dit te vervangen. Immers, het onderhoud mocht door hem niet meer worden gepleegd, maar ook niet door de nieuwe leverancier. Hierdoor is geen sprake van een vrije keuze van zorgverleners. Het is voor verzoeker immers niet mogelijk ervoor te kiezen door de nieuwe leverancier onderhoud aan zijn bed te laten plegen, in plaats van dit te laten vervangen.

- 4.4. Voor zover het bed al zou moeten worden vervangen, is verzoeker pas bereid zijn huidige bed in te leveren op het moment dat er een gelijkwaardig, goed werkend, nieuw exemplaar staat. Op dit moment wordt echter gedreigd het bed al eerder in te nemen. Verzoeker eist dat deze 'bedreiging' wordt ingetrokken. Hij is immers aangewezen op de voorziening en heeft deze permanent nodig.
- 4.5. Verzoeker heeft in het verleden regelmatig problemen ondervonden rondom het verkrijgen van onderhoud of vervanging van de hulpmiddelen. Om deze problemen te voorkomen, wenst verzoek een vast aanspreekpunt bij de ziektekostenverzekeraar, waar hij met al zijn zorgvragen terecht kan. Ondanks de gedane toezeggingen van de ziektekostenverzekeraar hieromtrent, heeft verzoeker nog geen vast aanspreekpunt gekregen. Ter illustratie van de voornoemde problemen voert verzoeker aan dat hij onlangs aanspraak heeft gemaakt op een sta-orthese. De ziektekostenverzekeraar wenste deze in eerste instantie niet te verstrekken, omdat werd getwijfeld aan de medische noodzaak hiervan. De sta-orthese en het onderhoud hiervan zijn echter reeds eerder door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Dat dit niet bekend zou zijn bij de ziektekostenverzekeraar doet vermoeden dat hij zijn administratie niet op orde heeft. Hoewel de sta-orthese inmiddels is verstrekt door de ziektekostenverzekeraar kan een dergelijke situatie worden voorkomen, indien er een vast aanspreekpunt is bij de ziektekostenverzekeraar, die bekend is met de situatie van verzoeker en waar hij terecht kan met zijn zorgvragen.
- 4.6. Ter illustratie van de voornoemde problemen voert verzoeker aan dat hij onlangs aanspraak heeft gemaakt op een sta-orthese. De ziektekostenverzekeraar wenste deze in eerste instantie niet te verstrekken, omdat werd getwijfeld aan de medische noodzaak hiervan. De sta-orthese en het onderhoud hiervan zijn echter reeds eerder door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Dat dit niet bekend zou zijn bij de ziektekostenverzekeraar, doet vermoeden dat hij zijn administratie niet op orde heeft. Hoewel de sta-orthese inmiddels is verstrekt door de ziektekostenverzekeraar, kan een dergelijke situatie worden voorkomen, indien er een vast aanspreekpunt is bij de ziektekostenverzekeraar, in de vorm van een medewerker die bekend is met de situatie van verzoeker en bij wie hij terecht kan met zijn zorgvragen.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De overheid heeft de ziektekostenverzekeraars specifiek de opdracht gegeven te toetsen op welke zorg een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. Daarbij moet de zorg goed en veilig zijn. Als een hulpmiddel in bruikleen wordt verstrekt, horen nazorg en soms ook controles bij deze zorg. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt dan of betrokkene nog steeds is aangewezen op het hulpmiddel en of dit in zijn situatie nog steeds adequaat is.

- 5.2. Verzoeker is aangewezen op meerdere hulpmiddelen, die door de ziektekostenverzekeraar worden verstrekt voor zover hierop aanspraak bestaat. Hierdoor krijgt verzoeker ook te maken met meerdere controles. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend voor welke andere hulpmiddelen dan het anti-decubitus matras fysieke controles aan huis plaatsvinden bij verzoeker. Om die reden kan de ziektekostenverzekeraar niet beoordelen of het mogelijk is het aantal fysieke controles te bundelen, zodat er relatief minder kunnen plaatsvinden. In algemene zin merkt de ziektekostenverzekeraar op dat leveranciers vaak gespecialiseerd zijn in een bepaald soort hulpmiddelen. Indien een aantal benodigde hulpmiddelen door dezelfde leverancier worden geleverd, kan uiteraard worden gevraagd of eventuele controles kunnen worden gebundeld. Het kan echter ook voorkomen dat voor verschillende hulpmiddelen, verschillende experts moeten langskomen. In die situatie kan een dergelijke bundeling lastig te realiseren zijn.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid de inhoud van de overeenkomsten tussen hem en de hulpmiddelenleveranciers met verzoeker te delen. Verzoeker is ervan op de hoogte dat en welke controles ten behoeve van zijn hulpmiddelen noodzakelijk zijn. Deze controles worden altijd uitgevoerd door een gecontracteerde leverancier of door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Dan wordt ook beoordeeld of een hulpmiddel dient te worden vervangen. De wensen van een verzekerde worden voor zover mogelijk meegenomen, maar zijn niet altijd leidend. Zo kan het inderdaad zijn dat men bij de overgang naar een nieuwe leverancier een ander soort, maar vergelijkbaar hulpmiddel verstrekt krijgt.
- 5.4. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, is door de ziektekostenverzekeraar geen toezegging gedaan over het terugbrengen van het aantal controlebezoeken in zijn situatie. Er is enkel ten algemene opgemerkt dat dit mogelijk zou kunnen zijn en dat hierover contact kan worden opgenomen met de hulpmiddelenleverancier om dit te beoordelen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich kan voorstellen dat hierdoor een bepaalde hoop of verwachting is gewekt bij verzoeker, biedt hij hiervoor zijn excuses aan. Het aantal fysieke controles ten behoeve van het anti-decubitus matras kan echter niet worden teruggebracht. Voor de anti-decubitus matrassen geldt dat standaard twee keer per jaar een fysieke controle wordt uitgevoerd. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor de stelling van verzoeker dat dit, gelet op zijn ziektebeeld, overbodig lijkt, is het zorginhoudelijk toch echt van belang. Dit wordt ook onderschreven door de medische adviesgroep van de ziektekostenverzekeraar. De stelling van verzoeker dat dit bij andere zorgverzekeraars wel mogelijk zou zijn, maakt het standpunt van de ziektekostenverzekeraar hieromtrent niet anders.
- 5.5. De hulpmiddelenleverancier heeft eind 2016 namens de ziektekostenverzekeraar beoordeeld dat hij het niet verantwoord acht het aangepaste bed van verzoeker te repareren. Het bed is meer dan tien jaar oud en er is vastgesteld dat het schaar onderstel (bedcarrier) geheel is versleten. Het staat scheef en heeft speling in de lengte en breedte. Bovendien geldt dat bedden ouder dan tien jaar doorgaans meerdere malen moeten worden gerepareerd. Vanwege de hiermee samenhangende kosten is reparatie niet rendabel. Om deze redenen moet het bed worden vervangen. Het is voor verzoeker niet mogelijk de huidige voorziening te behouden. Verzoeker kan contact opnemen met één van de vier gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers om het bed te laten vervangen. De ziektekostenverzekeraar vindt het fijn dat verzoeker meedenkt over het laag houden van de zorgkosten. Gelet op de bevindingen van de hulpmiddelenleverancier ziet de ziektekostenverzekeraar echter geen reden op zorginhoudelijke - of financiële gronden af te wijken van het standpunt dat het bed moet worden vervangen.
- 5.6. Ten aanzien van de aanspraak op een sta-orthese merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. De aanvraag is in eerste instantie afgewezen, omdat deze was ingediend onder de noemer van een 'tilband', terwijl op de offerte stond dat het ging om een 'mo-lift/sling'. Dit is een hulpmiddel dat niet ten laste van de zorgverzekering komt, maar op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) door de gemeente kan worden verstrekt. Na een gesprek met verzoeker is gebleken dat hij het hulpmiddel gebruikt als onderdeel van een sta-orthese, waarop wel aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering. Na een herbeoordeling is besloten verzoeker het voordeel

van de twijfel te geven en alsnog een akkoordverklaring af te geven op 12 september 2017. Omdat nog steeds enige onduidelijkheid bestaat over het gewenste hulpmiddel en de aanspraak hierop, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker gevraagd hierover meer informatie te verstrekken. Dit zal geen gevolgen hebben voor de reeds verstrekte akkoordverklaring.

5.7. Een vast aanspreekpunt kan volgens de ziektekostenverzekeraar leiden tot een betere en efficiëntere communicatie tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker kan hiertoe contact opnemen met de afdeling Juridische Zaken en dan zal dit intern worden geregeld.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie 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 (i) het aantal controlebezoeken ten behoeve van de verstrekte hulpmiddelen te verminderen, (ii) het aangepaste bed te repareren in plaats van te vervangen en (iii) verzoeker een vast aanspreekpunt te bieden voor zijn zorgvragen ten aanzien van de hulpmiddelen waarop hij aanspraak maakt.

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 restitutiepols, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.17. van de zorgverzekering bepaalt onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van hulpmiddelenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"B.17. Hulpmiddelenzorg

(...)

Zorg: waar hebt u recht op?

(...)

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend wil zeggen, dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn. Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

(...)

Voorwaarden

Algemeen

-U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven. Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.

- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.

-Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, zien daar op toe.

-Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven. (...)

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het Reglement aangegeven. (...)"

- 8.4. In artikel B.17.10 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn de voorwaarden voor vergoeding van de kosten van uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem opgenomen. In artikel B.17.14 het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn de voorwaarden voor vergoeding van de kosten van hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed opgenomen. Deze artikelen luiden, voor zover hier van belang:

"B.17.10.: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem (artikel 2.12 Regeling)

(...)

Hulpmiddel: Orthesen voor permanent gebruik bij een ernstige aandoening, inclusief zit- en ligorthesen en sta-orthesen

Voorwaarden: (geen)

(...)

B.17.14.: Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed (artikel 2.17 Regeling)

(...)

Hulpmiddel: Bedden in speciale uitvoering met daarvoor bestemde matrassen.

Voorwaarden: Indicatie voor verpleging, of ter bewaring van zelfstandigheid

(...)

Hulpmiddel: Anti-decubitus bedden, - matrassen en overtrekken

Voorwaarden: Ter behandeling en preventie van decubitus (...)"

- 8.5. Artikel B.17. van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. 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 sta-ortheses is verder uitgewerkt in artikel 2.12 Rzv. De aanspraak op bedden in een speciale uitvoering en anti-decubitus hulpmiddelen is verder uitgewerkt in artikel 2.17 Rzv.

Op grond van artikel 2.1, derde lid, Bzv, heeft een verzekerde op een vorm van zorg of dienst slechts recht, voor zover hij hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 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

- 9.1. Het staat vast dat bedden in een speciale uitvoering, met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen, waaronder anti-decubitus matrassen, een verzekerde prestatie zijn op grond van de zorgverzekering. Voorts staat vast dat een sta-orthese een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor de genoemde hulpmiddelen en dat hij op grond van de zorgverzekering hierop aanspraak heeft. Verzoeker beschikt inmiddels over een bed in een speciale uitvoering, een anti-decubitus matras en een sta-orthese. Het bed is in bruikleen verstrekt.

Het geschil spitst zich in de eerste plaats toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar de frequentie van het aantal controlebezoeken, ten behoeve van de beoordeling van de adequaatheid en doelmatigheid van de verstrekte hulpmiddelen, in redelijkheid heeft vastgesteld. Voorts ligt de vraag voor of de ziektekostenverzekeraar terecht tot het oordeel heeft kunnen komen dat het aangepaste bed van verzoeker moet worden vervangen. Tot slot is in geschil of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een vast aanspreekpunt te bieden voor zijn zorgvragen omtrent de verstrekte hulpmiddelen.

- 9.2. Ten aanzien van de beoordeling door de ziektekostenverzekeraar van de adequaatheid en doelmatigheid van de verstrekte hulpmiddelen overweegt de commissie het volgende. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, dient regelmatig te worden beoordeeld of een verzekerde nog steeds op een bepaald hulpmiddel is aangewezen. Ook in geval van een progressieve ziekte of aandoening heeft een periodieke beoordeling zin, aangezien het kan zijn dat niet langer sprake is van een adequaat functionerend hulpmiddel juist vanwege de verslechterende situatie.

De commissie stelt vast dat de voornoemde beoordeling, ten behoeve van de verstrekte hulpmiddelen, twee keer per jaar plaatsvindt in de vorm van een huisbezoek bij verzoeker. Gelet op deze beperkte frequentie van de controles, vermag de commissie niet in te zien dat verzoeker hiermee onredelijk zwaar wordt belast. Dit geldt temeer nu het doel van de controles niet eenzijdig is, maar deze tevens als achtergrond hebben dat vanuit zorginhoudelijk oogpunt naar de reeds verstrekte hulpmiddelen wordt gekeken. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van zijn beperkte energieniveau, maakt het voorgaande anders. Wel mag van de ziektekostenverzekeraar worden verwacht dat met betrekking tot de afspraak voor een huisbezoek rekening wordt gehouden met de agenda van verzoeker.

- 9.3. Voorts geldt dat verzoeker heeft aangevoerd dat hij per week gemiddeld 22 uren bezig is met het organiseren van alle benodigde zorg. Verzoeker heeft evenwel niet onderbouwd waarmee deze tijd samenhangt, zodat niet is komen vast te staan hoeveel tijd gemoeid gaat met de omstreden controlebezoeken die door of namens de ziektekostenverzekeraar worden afgelegd. Eveneens is niet komen vast te staan dat deze tijd samenhangt met het verkrijgen, aanpassen of vervangen van de hulpmiddelen waarop verzoeker ten laste van de zorgverzekering aanspraak maakt.

Gelet op de - hiervoor reeds genoemde - beperkte frequentie van de controlebezoeken, acht de commissie het zonder meer niet aannemelijk dat enkel deze bezoeken inderdaad gemiddeld 22 uren per week vergen.

9.4. Ten aanzien van de beoordeling van de adequaatheid en doelmatigheid van het aan verzoeker verstrekte aangepaste bed, overweegt de commissie dat door de hulpmiddelenleverancier in december 2016 is vastgesteld dat het onderstel (bedcarrier) geheel is versleten en dat het herstellen hiervan onnodig kostbaar en onverantwoord is.

Door verzoeker is aangevoerd dat de bedcarrier nagenoeg onderhoudsvrij is en kan blijven functioneren door deze te smeren en beter af te stellen. Een onderbouwing van dit standpunt, bijvoorbeeld in de vorm van een verklaring van de door hem ingeschakelde bedrijven, ontbreekt echter. Ook is niet gebleken dat de door de ziektekostenverzekeraar in 2017 gecontracteerde hulpmiddelenleverancier de stelling van verzoeker onderschrijft. Los hiervan brengt de aard van de verstrekking met zich dat de uiteindelijke besluitvorming over reparatie of vervanging niet bij verzoeker, maar bij de ziektekostenverzekeraar ligt. De commissie is derhalve van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar redelijkerwijs heeft mogen uitgaan dat de bevindingen van de hulpmiddelenleverancier juist zijn en dat het aangepaste bed moet worden vervangen.

9.5. Met betrekking tot de wens van verzoeker een vast aanspreekpunt te krijgen bij de ziektekostenverzekeraar overweegt de commissie het volgende. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 maart 2018 volgt dat verzoeker tot die datum (nog) geen vast aanspreekpunt heeft gekregen. In zijn brief vermeldt de ziektekostenverzekeraar evenwel een e-mailadres dat verzoeker kan gebruiken om zijn zorginhoudelijke vragen te stellen. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar hiermee voldoende tegemoet is gekomen aan de wens van verzoeker.

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, 18 april 2018,

A.I.M. van Mierlo