



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, incontinentiemateriaal, eigen bijdrage, doelmatigheid

Zaaknummer : 201800537

Zittingsdatum : 14 november 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, sub d, en 2.11 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., 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 basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (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 Plus Collectief 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking, met ingang van 1 januari 2018, van één Tena Pant Plus L aangevuld met vijf MoliMed man protect inleggers per dag (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoeker nog éénmaal tegemoet te komen door tot en met 31 december 2018 uit coulance één Tena Pant Plus L per dag te vergoeden, aangevuld met andere materialen die nodig zijn om het urineverlies te compenseren.
- 3.4. Bij telefonisch contact van 31 mei 2018 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 9 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 augustus 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk op 18 september 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord. Op 14 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 14 november 2018 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 2011 in verband met blaaskanker een operatie moeten ondergaan. Sinds deze operatie is verzoeker incontinent en maakt hij dagelijks gebruik van incontinentiemateriaal. In 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar nieuwe contracten afgesloten met de leveranciers van incontinentiemateriaal. Deze wijziging had tot gevolg dat de leverancier die aan verzoeker de benodigde materialen leverde niet meer door de ziektekostenverzekeraar werd gecontracteerd. Opgemerkt dient te worden dat verzoeker eerst door deze leverancier is geïnformeerd over de beleidswijziging van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Sinds de beleidswijziging van de ziektekostenverzekeraar verschilt verzoeker met hem en met de nieuwe gecontracteerde leverancier van mening over de hoeveelheid en het type incontinentiemateriaal. Verzoeker heeft in 2011 met zijn incontinentieverpleegkundige een zorgplan opgesteld waarin staat hoeveel en welke absorberende materialen verzoeker dient te gebruiken. Dit zorgplan is door de gecontracteerde leverancier "om zeep geholpen" omdat deze niet in staat was de middelen te leveren die verzoeker in de jaren vóór de wijziging wel geleverd kreeg. Verder moest verzoeker andere absorberende materialen gaan gebruiken, die om verschillende redenen voor hem niet geschikt bleken te zijn.
- 4.3. Verzoeker heeft het verwijt gekregen dat hij de absorberende materialen op een verkeerde wijze gebruikt. Dit standpunt kan verzoeker niet plaatsen, aangezien hij de betreffende materialen zodanig gebruikt dat hij de nacht enigszins droog kan doorkomen. Tot overmaat van ramp heeft de betrokken leverancier zelfs besloten om met ingang van 1 januari 2018 nog slechts drie MoliMed man protect inleggers per dag te leveren. Ook indien de ziektekostenverzekeraar zich strikt zou houden aan het zorgplan, is dit te weinig. Gelet op het voorgaande stelt verzoeker dat hij geen andere absorberende middelen wil gebruiken. Verzoeker heeft door jarenlange ervaring gemerkt dat hij goed uit kan met één Tena Pant Plus L aangevuld met vijf MoliMed man protect inleggers per dag. Tot en met 31 december 2015 zijn deze ook zonder meer aan hem geleverd. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren verzocht de verstrekking voort te zetten. Dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een coulancevergoeding toe te kennen is aardig, maar biedt geen structurele oplossing.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat bij een in verband met blaaskanker door hem ondergane operatie niet alleen zijn blaas is verwijderd, maar ook een buikwandbreuk is ontstaan. Deze omstandigheid maakt het voor verzoeker lastig om incontinentiemateriaal te gebruiken. Wat betreft de verstrekking van de materialen geldt dat hij al langere tijd met de ziektekostenverzekeraar en diens leveranciers van mening verschilt over de hoeveelheid. Voor het kalenderjaar 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat verzoeker uit coulance nog aanspraak kan op één Tena Pant Plus L aangevuld met vijf MoliMed man protect inleggers per 24 uur. Tot op heden is de ziektekostenverzekeraar deze toezegging niet nagekomen en ontvangt verzoeker van de leverancier hulpmiddelen nog steeds maar drie MoliMed man protect inleggers per 24 uur. De overige benodigde incontinentiematerialen

heeft verzoeker het afgelopen jaar zelf betaald en de hiermee gemaakte kosten bedragen € 933,--. Verder is door verzoeker aangevoerd dat zijn urineverlies per 24 uur niet gelijkmatig is verdeeld. Met name in de nachtelijke uren verliest verzoeker meer urine dan op de dag. Dit heeft tot gevolg dat hij de wekker zet en in de nachtelijke uren om de twee á drie uur de inlegger verwisselt. Ter voorkoming dat de inlegger alsnog gaat lekken, draagt verzoeker als extra bescherming een pant. Gelet op deze omstandigheid kan verzoeker zich niet verenigen met het argument van de ziektekostenverzekeraar dat hij het incontinentiemateriaal op een onjuiste wijze gebruikt. Een bijkomend probleem is dat de opname van de verschillende incontinentiematerialen feitelijk minder is dan de fabrikant op de verpakking zet.

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. Op grond van artikel B.2 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van absorberende materialen om problemen met het verlies van urine op te lossen. Met ingang van 1 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beleid ten aanzien van de inkoop van incontinentiemateriaal gewijzigd. Door een systeemfout is verzoeker echter niet op de hoogte gebracht van deze wijziging. Dat verzoeker hierover niet is geïnformeerd, betekent niet dat er niets voor hem is veranderd. Vanwege het niet (tijdig) informeren heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel besloten om - bij wijze van uitzondering - gedurende de periode van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017 aan verzoeker twee extra MoliMed man Protect inleggers per dag te vergoeden.

5.2. Verzoeker heeft tijdens het intakegesprek met de leverancier van de absorberende materialen verklaard dat hij maximaal 2,5 liter per 24 uur drinkt. Dit betekent dat verzoeker in die tijd maximaal 2,5 liter urine kan verliezen. Uit het zorgplan is het de ziektekostenverzekeraar gebleken dat hij tot en met 31 december 2017 voldoende absorberende materialen kreeg om dit urineverlies op te vangen. Verzoeker ontving namelijk per 24 uur de volgende materialen:
- 1 MoliMed man Protect = conform ISO 481 ml. absorberend vermogen
- 1 Tena Pants Plus L = conform ISO 1520 ml. absorberend vermogen
- 3 Abri-LET anatomic inleggers = per stuk 500 ml. absorberend vermogen
Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie blijkt dat verzoeker graag de beschikking wil hebben over één Tena Pant Plus L aangevuld met vijf MoliMed man protect inleggers. Met betrekking hiertoe stelt de ziektekostenverzekeraar dat de manier waarop verzoeker het incontinentiemateriaal gebruikt niet doelmatig is. Een inlegger in een pant geeft niet het gewenste resultaat en doet bovendien een vergrote kans op lekkage ontstaan. Met de hierboven genoemde materialen had verzoeker tot en met 31 december 2017 de beschikking over een absorberend vermogen van 3,5 liter, hetgeen ruim voldoende was om het urineverlies van 2,5 liter per 24 uur op te vangen.

5.3. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de incontinentieverpleegkundige van de leverancier BenuDirect. Uit dit contact is gebleken dat verzoeker vanaf 1 januari 2018 slechts drie MoliMed man Protect inleggers krijgt met een absorberend vermogen van 475 ml. per stuk. Dit betekent dat verzoeker te weinig absorberende materialen krijgt om zijn urineverlies per 24 uur op te vangen. Om die reden is besloten verzoeker nog eenmaal tegemoet te komen door tot en met 31 december 2018 uit coulance ook één pant per dag te vergoeden, aangevuld met andere materialen die noodzakelijk zijn om het urineverlies te compenseren. Dit betekent tevens dat omstreeks november 2018 een nieuwe intake dient plaats te vinden om vast te stellen welke materialen noodzakelijk zijn. Indien de lichamelijke situatie van verzoeker niet wijzigt, zal hij vanaf 1 januari 2019 geen pants meer vergoed krijgen. Daarnaast zal de ziektekostenverzekeraar niet meer accepteren dat verzoeker niet open staat voor het proberen van of overstappen naar andere typen materialen.

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 A.22. van de zorgverzekering en 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 artikelen B.1. e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.17. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"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.(...) 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.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.
(...)*

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;*
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;*
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;*
- de hoogte van een eventuele eigen bijdrage of maximum vergoeding.*

U kunt het Reglement bekijken op onze internetsite of bij ons opvragen.

(...)"

- 8.4. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de verzekerde zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.(...)*

Toelichting

(...)

• Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.

(...)." "

- 8.5. Artikel 2.5 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"2.5 Doelmatige zorg

Doelmatige zorg betekent dat het moet gaan om de meest passende zorg in uw situatie. Er moet altijd een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. De zorgverleners letten bij de verstrekking op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen. (...)"

- 8.6. Artikel B.17.9. van het 'Reglement hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Hulpmiddel: Incontinentiematerialen

Voorwaarden:

Als sprake is van:

- urineverlies: langer dan 2 maanden last van ongewild urineverlies*
- ontlastingsverlies: langer dan 2 weken last van ongewild verlies van ontlasting*

Kinderen van 3 of 4 jaar: bij niet-fysiologische vorm van incontinentie

Kinderen vanaf 5 jaar: tenzij sprake van kortdurende incontinentie of enuresis nocturna

Akkoordverklaring 1e verstrekking nodig van:

Gecontracteerde zorgverlener

Kinderen tussen 3 en 5 jaar: zorgverzekeraar

Akkoordverklaring nodig van ons: Nvt

Verwijsbrief met medische diagnose nodig van: Behandelend arts

Bruikleen/Eigendom: Eigendom

Let op!

De zorg omvat niet:

- schoonmaak- en geurmiddelen*
- huidbeschermende middelen*
- kleding (behalve netbroekjes)*
- plaswekkers voor behandeling enuresis nocturna*
- beschermende onderleggers (behalve bij een bijzondere individuele zorgvraag)"*

- 8.7. De artikelen A.3.2. en B.17. van de zorgverzekering en de artikelen 2.5. en B.17.9. van het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' 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).

- 8.8. 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 uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie is geregeld in artikel 2.6, sub d, Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.11 Rzv.

Artikel 2.1, derde lid, 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.

- 8.9. 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 incontinentiemateriaal een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie heeft. Verder staat vast dat verzoeker, gelet op zijn vochtinname van 2,5 liter per 24 uur, niet uit kan met drie MoliMed man Protect inleggers per dag (3 x 475 ml). Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 14 mei 2018 het volgende verklaard: "*Op basis daarvan willen wij [naam verzoeker] nog eenmaal tegemoet komen door tot en met 31 december 2018 ook nog uit coulance 1 pant per dag te vergoeden, aangevuld met andere materialen die noodzakelijk zijn om het urineverlies te compenseren*". Uit deze verklaring volgt dat verzoeker tot en met 31 december 2018 (op grond van een coulancevergoeding) aanspraak heeft op één Tena Pant Plus L aangevuld met vijf MoliMed man protect inleggers per 24 uur. Door verzoeker is ter zitting echter verklaard dat hij slechts drie MoliMed man protect inleggers verstrekt krijgt en dat hij de overige incontinentiematerialen, te weten één Tena Pant Plus L en twee MoliMed man protect inleggers per 24 uur, vanaf 1 januari 2018 zelf heeft betaald. De kosten hiervan bedragen volgens verzoeker € 933,--. Dit bedrag is lager dan het bedrag aan extra kosten dat verzoeker heeft vermeld in zijn klachtbrief aan de commissie. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander niet bestreden. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij brief van 31 december 2018 gedane toezegging na te komen. Dit betekent dat verzoeker tot en met 31 december 2018 aanspraak heeft op vergoeding/verstrekking van één Tena Pant Plus L aangevuld met vijf MoliMed man protect inleggers per 24 uur. De hiermee gemoeide, door verzoeker reeds gemaakte kosten (door hem begroot op € 933,--) is de ziektekostenverzekeraar eveneens gehouden te vergoeden. Hetgeen partijen verder verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker ook na 31 december 2018 aanspraak kan maken op de door hem gewenste absorberende materialen, te weten één Tena Pants Plus L en vijf MoliMed man Protect inleggers per dag.
- 9.2. De commissie overweegt ter zake dat het recht op incontinentiemateriaal te zijner tijd zal moeten worden beoordeeld aan de hand van de alsdan toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (2019).

Om evenwel verzoeker tijdig van absorberende materialen te kunnen voorzien, zal reeds in de loop van 2018 een intake moeten plaatsvinden, waarbij naar het oordeel van de commissie de volgende uitgangspunten in acht dienen te worden genomen.

9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker is erkend dat verzoeker in het intakegesprek met de gecontracteerde leverancier hulpmiddelen heeft verklaard dat hij per 24 uur maximaal 2,5 liter drinkt. Dit betekent dat hij maximaal 2,5 liter urine per 24 uur kan verliezen. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 mei 2018 volgt dat, uitgaande van het in overleg met verzoeker opgestelde zorgplan, hij in 2017 de volgende incontinentiematerialen gebruikte om het urineverlies op te vangen:

- 1 MoliMed man Protect - 481 ml absorberend vermogen
- 1 Tena Pants Plus L - 1520 ml absorberend vermogen
- 3 Abri-Let anatomic inleggers - 500 ml absorberend vermogen

9.4. Gezien het voorgaande bedraagt de totale capaciteit van de absorberende materialen 3,5 liter. Op basis van de eerdere constatering dat verzoeker maximaal 2,5 liter urine per 24 uur verliest kreeg hij derhalve ruim meer incontinentiematerialen geleverd dan hij nodig heeft, ook indien hierbij wordt betrokken dat de feitelijke opnamecapaciteit van de materialen mogelijk minder is dan op de verpakking is vermeld. Uit de overlegde stukken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar dit al verschillende keren bij verzoeker onder de aandacht heeft gebracht, maar dat verzoeker graag één Tena Pant Plus wil blijven gebruiken als onderbroek in combinatie met de MoliMed man Protect inleggers.


In het algemeen geldt dat een zodanig gebruik niet doelmatig is. Ter zitting heeft verzoeker echter gesteld dat bij hem sprake is van bijzondere omstandigheden die het gebruik van één pant in combinatie met vijf MoliMed man Protect inleggers per 24 uur rechtvaardigen. Zo is door hem toegelicht dat een buikwandbreuk het voor hem moeilijk maakt de incontinentiematerialen goed te gebruiken, en voorts dat zijn urineverlies gedurende de dag niet gelijkmatig is verdeeld en dat hij de meeste urine in de nacht verliest. Om geen lekkage te krijgen en dit verlies op te vangen, gebruikt verzoeker in de nacht zowel een pant als een inlegger.

Hoewel de commissie begrip heeft voor deze keuze heeft verzoeker op basis van de thans geldende wet- en regelgeving niet de vrijheid om te kiezen voor bepaald materiaal of een bepaald merk. Op grond van de (natura) zorgverzekering en de onderliggende regelgeving bestaat immers aanspraak op hulpmiddelenzorg waarbij het aan de ziektekostenverzekeraar en diens gecontracteerde leverancier is om samen met de verzekerde tot de meest adequate voorziening te komen.


9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat tussen verzoeker en de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier een nieuw intakegesprek dient plaats te vinden en wel binnen vier weken na het uitbrengen van dit bindend advies. Het uitgangspunt voor deze intake dient te zijn dat verzoeker zodanige absorberende materialen tot zijn beschikking krijgt dat deze naar aard en hoeveelheid toereikend zijn om het urineverlies van maximaal 2,5 liter per 24 uur op te vangen. Daarnaast dient de samenstelling zodanig te zijn dat rekening wordt gehouden met de buikwandbreuk, 'pieken' in de urinelozing worden opgevangen en verzoeker in staat is de nacht - voor zover mogelijk - 'droog' door te komen. Na het gevoerde intakegesprek dient schriftelijk te worden vastgelegd welke incontinentiematerialen verzoeker in 2019 naar aard en hoeveelheid, op basis van de dan geldende voorwaarden, verstrekt krijgt. Indien verzoeker zich hierin niet kan vinden staat het hem vrij zich rechtstreeks, dat wil zeggen zonder tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen, opnieuw tot de commissie te wenden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek - voor zover dit niet reeds op basis van de zorgverzekering wordt toegewezen - niet op die grond kan worden ingewilligd.




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe in die zin dat verzoeker tot en met 31 december 2018 aanspraak heeft op vergoeding/verstrekking van één Tena Pant Plus L aangevuld met vijf MoliMed man protect inleggers per 24 uur. De ziektekostenverzekeraar is tevens gehouden de hiermee gemoeide, door verzoeker reeds gemaakte kosten (door hem begroot op € 933,-), te vergoeden.



Daarnaast bepaalt de commissie dat binnen vier weken na het uitbrengen van dit bindend advies tussen verzoeker en de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier een nieuw intakegesprek moet plaatsvinden. Tijdens dit intakegesprek dient rekening te worden gehouden met een aantal uitgangspunten. Hiervoor verwijst de commissie naar hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.



Zeist, 28 november 2018,



H.A.J. Kroon