

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, beeldschermloop, doelmatigheid  
Zaaknummer : 2012.00151  
Zittingsdatum : 21 november 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.9 Bzv, 2.6 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, 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 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 verzoekster 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 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 een beeldschermloep (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 22 december 2011 telefonisch medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 januari 2012 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 29 juli 2012 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 5 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 oktober 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 oktober 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012115309) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat de indicatie voor een beeldschermloep niet ter discussie staat. De ziektekostenverzekeraar had samen met verzoekster moeten kijken naar een adequate en doelmatige oplossing voor het lezen/kijken, en had niet mogen volstaan met het voorstellen van 'luisterend lezen' als alternatief hiervoor.  
Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 november 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
  - 4.1. Verzoekster heeft retinitis pigmentosa waardoor zij een zeer beperkt gezichtsveld heeft (kokerzicht). Hierdoor is zij aangewezen op een beeldschermloep om te kunnen lezen. Verzoekster heeft in 2011 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een beeldschermloep. Enige tijd later heeft een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener verzoekster een beeldschermloep in bruikleen verstrekt.
  - 4.2. Voornoemde beeldschermloep bleek echter voor verzoekster geen adequaat hulpmiddel te zijn. Zo kon zij de letters pas scherp lezen op een afstand van ongeveer twee meter. Hierdoor kon zij echter niet meer met haar handen bij het apparaat. Bovendien trilde het beeld op de monitor zo erg dat "het eigenlijk niet te doen was". Dit is ook vastgesteld door goedziende mensen en door de medewerker van de zorgverlener die het apparaat heeft afgeleverd. De beeldschermloep vergrootte de letters te sterk, waardoor verzoekster deze niet kon lezen. Door haar kokerzicht is zij aangewezen op een scherp beeld met een kleine vergroting.
  - 4.3. Verzoekster heeft het geleverde hulpmiddel geretourneerd. Hierop is haar geen alternatief aangeboden. Eerst in het kader van de heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar als mogelijke oplossing een Orion Webbox gesuggereerd, waarmee zij luisterend kan lezen.
  - 4.4. Verzoekster heeft sinds het indienen van de aanvraag veelvuldig telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hierbij is haar meermaals onjuiste informatie verstrekt. Ook is zij onbehoorlijk te woord gestaan. Daarnaast heeft zij pas na lang aandringen een schriftelijke bevestiging gehad van de (heroverweging van de) afwijzende beslissing.

- 4.5. Verzoekster heeft uiteindelijk op 12 december 2011 zelf de Optelec Clearview+ kleur 19" TFT HD en het Pluspakket uitgebreid Clearview+, aangeschaft. De kosten hiervan bedragen € 2.935,-. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit hulpmiddel onnodig kostbaar. Verzoekster benadrukt dat zij nooit heeft verzocht om volledige vergoeding van de door haar aangeschafte beeldschermloop. Aangezien zij zelf het grootste deel van de kosten moet betalen, heeft zij gekozen voor een goed apparaat waar zij langer plezier van zal hebben.
- 4.6. Het is opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar nu stelt dat verzoekster maar gebruik moet maken van een voorleesapparaat, terwijl hij één jaar geleden nog de aanvraag voor een daisypeler ten behoeve van verzoekster heeft afgewezen omdat zij nog teveel ziet.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor een beeldschermloop. De hiervoor gecontracteerde leverancier heeft op 24 november 2011 een Clearview+ aan verzoekster geleverd. Verzoekster was hiermee echter niet tevreden, omdat dit hulpmiddel de letters teveel vergrootte. De door verzoekster ingediende offerte voor het door haar gewenste hulpmiddel bedraagt € 3.550,-. Deze beeldschermloop is een HD-apparaat en daarom onnodig kostbaar. Als alternatief kan verzoekster overstappen op luisterend lezen via bijvoorbeeld een Orion Webbox.
- 5.2. De kosten van de verstrekte beeldschermloop zijn rechtstreeks aan de leverancier vergoed. De ziektekostenverzekeraar ontkent dat een willekeurig hulpmiddel wordt geleverd. De leverancier houdt wel degelijk rekening met de wensen van de verzekerde. Beeldschermlopen werken overigens in feite allemaal hetzelfde: *“vergroten en in kleur zetten, zwart – wit, met regel en zonder regel”*. De bediening kan natuurlijk wel verschillen.
- 5.3. Omdat sprake is van een kokervisus en een gezichtsscherpte binnen de resterende visus van 20-30 percent stelt de ziektekostenverzekeraar in zijn eerste reactie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen voor dat verzoekster contact opneemt met één van de visuele centra. Gezien de gezichtsproblemen van verzoekster is het belangrijk een helder beeld te krijgen welk hulpmiddel voor haar het meest geschikt is. In zijn brief van 5 oktober 2012 erkent de ziektekostenverzekeraar dat hij zich op dat moment niet had gerealiseerd dat verzoekster reeds met ingang van 1 januari 2012 niet meer bij hem was verzekerd.
- 5.4. Op grond van artikel 32 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een bij een niet-gecontracteerde leverancier in eigendom aangeschaft bruikleenhulpmiddel. In het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 25 mei 2012 is ten onrechte vermeld dat geen financiële vergoeding wordt verleend indien een hulpmiddel in eigendom wordt aangeschaft. Een verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar voor een bruikleenhulpmiddel dat in eigendom wordt aangeschaft. De vergoeding voor een beeldschermloop bedraagt € 125,- per jaar.

5.5. In artikel 1 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding bedraagt maximaal het in Nederland geldende Wmg-tarief. Het Wmg-tarief voor een beeldschermloep bedraagt voor 2011 een bedrag van € 640,--. De ziektekostenverzekeraar zegt toe verzoekster alsnog een financiële genoegdoening van € 648,-- toe te kennen voor de door haar in eigendom aangeschafte beeldschermloep.

5.6. 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 verzoekster aanspraak heeft op verstrekking dan wel vergoeding van een Optelec Clearview+ kleur 19" TFT HD en het Pluspakket uitgebreid Clearview+ 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. Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Dat wil zeggen dat u dit hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.  
(...)”*

### *Toestemming*

*U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd voorafgaande toestemming nodig. Wij beoordelen of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.  
(...)”*

- 8.3. In artikel 1.2. van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat 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. Artikel 1.3 van de zorgverzekering bepaalt door wie de zorg mag worden verleend, en luidt:
- “U hebt vrije keuze van zorgaanbieder op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.”*
- 8.5. Artikel 1.5 van de zorgverzekering bepaalt dat indien een verzekerde zich wendt tot een zorgaanbieder met wie de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, hij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
- 8.6. In artikel 4 van het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2011 is bepaald dat aanspraak bestaat op de verstrekking van een beeldschermloep in bruikleen.
- 8.7. Artikel 3.5. van het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2011 bepaalt dat als een hulpmiddel is aangeschaft bij een zorgaanbieder met wie de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, de kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als de verzekerde een hulpmiddel, dat normaal gesproken in bruikleen wordt verstrekt, in eigendom wil aanschaffen, heeft hij aanspraak op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten, die de ziektekostenverzekeraar zou hebben betaald voor een hulpmiddel in bruikleen.
- 8.8. De artikelen 1.2, 1.3, 1.5 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

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 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 e.v. Rzv. De aanspraak op beeldschermloepen is geregeld in artikel 2.6 lid 1 onder x Rzv.

In artikel 2.1 lid 3 Bzv is bepaald dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft 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. Verzoekster heeft in 2011 een aanvraag ingediend voor een Optelec Clearview+ kleur 19" TFT HD en het Pluspakket uitgebreid Clearview+. Gelet op het bepaalde in artikel 2.6 onder x Rzv, waarnaar artikel 32 van de zorgverzekering verwijst, behoort een beeldschermloop tot de verzekerde prestaties op basis van de zorgverzekering. Niet in geschil is dat verzoekster ten tijde van de aanvraag een indicatie had voor de verstrekking van een beeldschermloop. Een zodanig hulpmiddel is immers eerder door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster in bruikleen verstrekt. Tevens is verzoekster het aanbod tot verstrekking van een Webbox dan wel een daisyspeler gedaan.
- 9.2. Aan de orde is dan ook of het aangevraagde hulpmiddel, gelet op het bepaalde in artikel 1.2 van de zorgverzekering, doelmatig is. De vraag of bepaalde zorg voor een verzekerde doelmatig is, gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw, voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie komt in zodanige situatie slechts een marginale toetsing toe. Dienaangaande heeft het CVZ in zijn advies van 2 november 2012 gesteld dat de ziektekostenverzekeraar samen met verzoekster had moeten zoeken naar een adequate en doelmatige oplossing voor het lezen/kijken, en niet had mogen volstaan met het voorstellen van 'luisterend lezen' als alternatief hiervoor. De commissie onderschrijft dit standpunt en concludeert dat de ziektekostenverzekeraar niet in redelijkheid heeft kunnen concluderen dat verzoekster niet in aanmerking komt voor een Optelec Clearview+ kleur 19" TFT HD en het Pluspakket uitgebreid Clearview+.
- 9.3. In artikel 3.5 van het Reglement Hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2011 is bepaald dat als een verzekerde een hulpmiddel, dat normaal gesproken in bruikleen wordt verstrekt, in eigendom heeft aangeschaft, hij aanspraak heeft op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten, die de ziektekostenverzekeraar zou hebben betaald voor een hulpmiddel in bruikleen. De gemiddelde kosten per gebruiker voor een beeldschermloop bedragen volgens ziektekostenverzekeraar € 125,- per jaar. Op grond van voornoemd artikel heeft verzoekster derhalve aanspraak op een bedrag van jaarlijks € 125,-.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in zijn brief van 5 oktober 2012 een vergoeding van € 648,- toegezegd voor de door haar aangeschafte beeldschermloop. Niet gebleken is dat dit aanbod door haar is verworpen.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. Het is de commissie gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

#### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, zoals in de rechtsoverweging 9.3 is bepaald. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals in de rechtsoverweging 9.3 is bepaald. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 21 november 2012,

Voorzitter