

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Hulpmiddelenzorg, rollator, vervanging
Zaaknummer : 2011.02265
Zittingsdatum : 9 mei 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.9 Bzv, 2.17 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gemeenten Extra en Bijdrage Gemeente afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 rollator, type Gemino 30, (hierna: de aanspraak). Via de gecontracteerde leverancier 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 22 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 15 november 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 2 januari 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 1 maart en 20 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 februari 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 15 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012025002) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten met de vragen: (i) waarvoor en wanneer verzoekster de rollator gebruikt, (ii) in hoeverre verzoekster beperkingen ondervindt door het vervoer van de huidige rollator en de gewenste rollator deze problemen oplost, en (iii) of er andere adequate oplossingen zijn om de beperkingen op te lossen.
- 3.9. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 maart 2012 aan partijen gezonden. Daarbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht ten aanzien van de in het CVZ-advies genoemde vragen nader onderzoek te verrichten. Bij brief van 4 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie zijn bevindingen kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 april 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 10 mei 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 april 2012 gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 25 mei 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Tevens heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat de huidige rollator geen adequaat functionerend hulpmiddel is. Voorts is niet uitgesloten dat een lichtgewicht rollator, naast een adequate oplossing, ook een meer doelmatige oplossing kan zijn. Een afschrift van dit CVZ-advies is op 29 mei 2012 aan partijen gezonden en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: "(...) *multipele sclerose met als gevolg daarvan paresen in armen en benen met een forse ataxie (...)*".
- 4.2. Verzoekster heeft in 2009 een lichtgewicht rollator gekregen, die te bevestigen is aan haar scootmobiel. Op dat moment had zij geen keuze tussen verschillende modellen rollators en is zij noodgedwongen akkoord gegaan met levering van een rollator, type Parade 60. Deze rollator voldoet niet volledig aangezien deze bij bevestiging aan

haar scootmobiel aan beide zijden uitsteekt buiten het frame van de scootmobiel. Hierdoor blijft zij overal achter hangen en kan zij niet alle deuren door.

- 4.3. Verzoekster wil haar huidige rollator ruilen voor een rollator type Gemino 30. Deze zit in het verzekerd pakket van de ziektekostenverzekeraar. Dit type rollator is ook lichter dan de rollator type Parade 60, waardoor deze makkelijker te bevestigen is aan de scootmobiel.
- 4.4. Vanwege een balansverstoring kan verzoekster enkel gebruik maken van een zijdelings opvouwbare rollator. Ook daar voldoet de rollator type Gemino 30 aan. Zowel de huisarts als de ergotherapeut onderschrijft haar aanvraag. Hun adviezen heeft zij overgelegd. Zij kan zich onvoldoende zelfstandig buitenshuis verplaatsen. Dit heeft tot gevolg dat zij meer hulp en ondersteunde begeleiding nodig heeft, aangezien zij alleen woont en geen mantelzorg heeft. Dit is al met al veel duurder dan de verstrekking van een rollator type Gemino 30. Bovendien loopt thans een aanvraag bij de gemeente voor een driewieler. Ook hieraan dient een rollator te kunnen worden bevestigd, en de rollator type Gemino 30 is hiervoor geschikt. Verstrekking van dat hulpmiddel bespaart derhalve de kosten van een extra rollator.
- 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. Op een hulpmiddel bestaat aanspraak indien een verzekerde daarop recht heeft volgens het Reglement Hulpmiddelen. In hoofdstuk 3 van het Reglement Hulpmiddelen zijn de aangewezen hulpmiddelen in een limitatieve lijst opgenomen. Een rollator kan worden vergoed als zijnde een eenvoudig hulpmiddel voor de mobiliteit. Aanspraak bestaat op een rollator indien verzoekster langdurig op dit hulpmiddel is aangewezen om te kunnen lopen en zij niet kan volstaan met een eenvoudiger hulpmiddel. Bovendien moet sprake zijn van evenwichtsstoornissen, functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten of stoornissen in het uithoudingsvermogen dan wel vormen van lichamelijke zwakte, waarbij de verschaffing van een loophulpmiddel strekt tot behoud van de zelfredzaamheid of ter voorkoming van opname in een instelling. Indien verzoekster niet meer beschikt over een adequaat hulpmiddel kan dit worden vervangen. Mobiliteitshulpmiddelen worden in de regel niet eerder vervangen dan zeven jaar na de laatste verstrekking.
 - 5.2. De zorgadviseur heeft verklaard dat een indicatie bestaat voor een rollator. De door verzoekster en de ergotherapeut genoemde problemen zijn niet dusdanig dat recht bestaat op voortijdige vervanging van de huidige rollator. Deze rollator, type Parade 60, wordt derhalve nog als adequaat beschouwd. Zowel de gemelde problemen met de huidige rollator als de werkelijke verschillen tussen beide typen waar het betreft grootte en gewicht zijn te gering om tot een andere conclusie te komen.
 - 5.3. Verzoeksters wens de rollator type Gemino 30 te verkrijgen is invoelbaar. Het is begrijpelijk dat verzoekster veel voordelen ziet in vervanging van haar huidige rollator. Verzoekster heeft echter geen aanspraak op de rollator type Gemino 30.
 - 5.4. Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het Reglement Hulpmiddelen direct is afgeleid van de door de wetgever vastgestelde Rzv.

5.5. 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 A.25 en A.26 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 is gehouden de aanspraak 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 gecontracteerde zorg. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 tot en met B.29 van de zorgverzekering. Artikel B.24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

B.24.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Dit betreft medische hulpmiddelen die genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering.(...)

B.24.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.24.1., hebben wij opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Ook staan in dit Reglement:

a. de nadere voorwaarden waar aan moet zijn voldaan om recht te hebben op de hulpmiddelenzorg;

b. de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;

c. de hoogte van de eigen bijdrage of de maximum vergoeding.

(...)

B.24.4.2. Meewerken aan toetsing

Wij maken met leveranciers afspraken over onder meer doelmatigheid, rechtmatigheid en kwaliteit van de hulpmiddelen. Toetsing hiervan vindt meestal achteraf plaats. U bent verplicht hieraan mee te werken, zodat wij of de leverancier kunnen toetsen op doelmatigheid en rechtmatigheid.

B.24.5. Voorwaarden

Algemeen

a. U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement Hulpmiddelen en de Lijst aangewezen hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben

aangegeven. Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.

b. 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 waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten, zien daar op toe.

c. 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.

(...)"

Artikel 3.11 van het Reglement Hulpmiddelen 2011 regelt de aanspraak op hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"3.11.1. Eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit (artikel 2.17)

3.11.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

a. krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators en loopwagens;

(...)

3.11.1.3. Voorwaarden

Algemeen

Voor de aanspraak op krukken, loophulpen, looprekken, rollators en loopwagens dient u langdurig op deze hulpmiddelen aangewezen te zijn om te kunnen lopen, kan niet worden volstaan met een eenvoudiger hulpmiddel en moet er bovendien sprake zijn van:

1.º evenwichtsstoornissen;

2.º functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten; of

3.º stoornissen in het uithoudingsvermogen dan wel vormen van lichamelijke zwakte, waarbij de verschaffing van een loophulpmiddel strekt tot behoud van de zelfredzaamheid of ter voorkoming van opname in een instelling.

(...)

Vervanging van het hulpmiddel

Indien u niet meer beschikt over een adequaat hulpmiddel dan kunt u deze vervangen. Voor vervolgleveringen neemt u direct contact op met een gecontracteerde leverancier. Indien de gevraagde voorziening een andere uitvoering betreft dan de eerste aanvraag, dan dient een schriftelijke toelichting van de behandelend arts of de ergotherapeut te worden bijgevoegd waarin de reden van vervanging wordt vermeld.

(...)"

8.3. De artikelen B.24 van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 tot en met 2.36 Rzv. Artikel 2.17 Rzv luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

a. krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators en loopwagens, indien de verzekerde hier langdurig op is aangewezen om te kunnen lopen, niet kan worden volstaan met een eenvoudiger hulpmiddel en sprake is van:

1°. evenwichtsstoornissen,

2°. functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten, of

3°. stoornissen in het uithoudingsvermogen dan wel vormen van lichamelijke zwakte, waarbij de verschaffing van een loophulpmiddel strekt tot behoud van de zelfredzaamheid of ter voorkoming van opname in een instelling

(…)”

- 8.5. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts wordt beoordeeld op basis van zorginhoudelijke criteria.

- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat een rollator een verzekerde prestatie vormt en dat verzoekster een indicatie heeft voor een dergelijk hulpmiddel. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of verzoekster aanspraak heeft op vervanging van de aan haar in 2009 ter beschikking gestelde rollator, type Parade 60. Een en ander spitst zich hierbij toe op de vraag of de huidige rollator (nog) kan worden beschouwd als een adequaat hulpmiddel.

- 9.2. In het advies van 25 mei 2012 constateert het CVZ dat de huidige rollator geen adequaat hulpmiddel is voor verzoekster, en adviseert tot toewijzing van het verzoek. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 13 juni 2012,

Voorzitter