



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Hulpmiddelenzorg, transferbed, Flexobed®
Zaaknummer : 201700984
Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 3 en Verzekering Eigen Risico 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.
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering GarantTandVerzorgd 350 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een aangepast bed, te weten een extra breed Flexobed® (hierna: de aanspraak). De door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde hulpmiddelenleverancier heeft mondeling aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 mei 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 7 augustus 2017 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 of op grond van coulance (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 22 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 november 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Nadien heeft zij medegedeeld toch liever telefonisch te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 24 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 11 december 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017052761) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar een doelmatige en adequate oplossing voor verzoekster, rekening houdend met haar veiligheid en zelfredzaamheid. *"Uit de voorliggende gegevens is op te maken dat het huidige Flexobed® voor verzoekster geen adequaat hulpmiddel is. Uit deze gegevens blijkt dat het bed weliswaar voldoet voor de transfers tussen bed en rolstoel, maar dat het bed niet voldoende compensatie biedt voor de functiebeperkingen in de benen, die verzoekster tijdens het liggen ondervindt. [De ziektekostenverzekeraar] geeft aan dat de leverancier op huisbezoek is geweest om de situatie van verzoekster te beoordelen en dat deze concludeerde dat het huidige transferbed voldoet. In de voorliggende gegevens is niet terug te vinden of de leverancier/[de ziektekostenverzekeraar] rekening heeft gehouden met de veiligheid (het uit bed vallen van de benen, ook kunnen spasmen letsel tot gevolg hebben). Ook blijkt niet dat [de ziektekostenverzekeraar] de zelfredzaamheid van verzoekster voldoende in de beoordeling heeft meegewogen. Uit de voorliggende gegevens is op te maken dat verzoekster niet alleen moeite heeft met veranderen van houding in het huidige bed, maar ook dat zij hulp van buitenaf nodig heeft, op de momenten dat haar benen buiten bed vallen, om deze weer in bed te leggen. Het door [de ziektekostenverzekeraar] voorgestelde hoog-laagbed heeft geen transferfunctie; met een hoog-laagbed zal verzoekster hulp van buitenaf nodig hebben om van het bed in de rolstoel te komen en vice versa, terwijl zij dit met de transferfunctie van het huidige bed, blijkens de voorliggende informatie, wel zelfstandig kan."*
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 8 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en van een nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en het nagekomen stuk aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 23 februari 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Dit advies luidt, voor zover hier van belang: *"(...) Bovenstaande betekent dat voor verzoekster een adequate oplossing gevonden moet worden, namelijk een bed van voldoende breedte, voorzien van transfermechanisme, waarmee zowel haar zelfredzaamheid als de veiligheid (het uit bed vallen van de benen; voorkómen eventueel letsel tijdens spasmen) geborgd zijn. Met een breedte van 97 cm is het gevraagde bed weliswaar 3 centimeter smaller dan de door de ergotherapeut geadviseerde minimumbreedte van 100 cm, maar 97 cm ligt dichterbij deze geadviseerde afmeting dan de 87 cm van het huidige bed. Gezien de informatie van verzoekster en de ergotherapeut is het aannemelijk dat deze 10 cm extra breedte het gevraagde bed voldoende adequaat maken.*
Verzoekster geeft zelf aan dat het bed voldoet en uit de brief van verzoekster en de brief van de ergotherapeut van 22 mei 2017, waarin deze expliciet het brede Flexobed met name noemt en noodzakelijk acht, en ervan uit gaande dat de ergotherapeut bekend is met dit merk bedden (in een

eerdere e-mailcorrespondentie tussen verzoekster en de ergotherapeut noemt deze een matras van 'bijna 1 m breed'), kan opgemaakt worden dat de ergotherapeut dit bed, bij gebrek aan beter (minstens 3 cm breder), afdoende acht. Het huidige bed en het door [de ziektekostenverzekeraar] voorgestelde hoog-laagbed volstaan in ieder geval niet.

Het voorgestelde hoog-laagbed voorziet onvoldoende in haar zelfredzaamheid, terwijl de aanspraak juist ziet op de bewaring van de zelfredzaamheid. Als er geen doelmatiger oplossing op de markt is die voldoet aan deze eisen dan is verzoekster redelijkerwijs aangewezen op het gevraagde bed. (...)"

Een afschrift van het advies is op 23 februari 2018 aan partijen gezonden. Partijen zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2018 op het definitief advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster lijdt aan secundair progressieve multiple sclerose, een progressieve neurologische aandoening. Door deze aandoening functioneren haar benen in het geheel niet meer en wisselt haar energieniveau dagelijks. In verband met de fysieke toestand van verzoekster is eind 2016 aan haar een Flexobed® geleverd door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde hulpmiddelenleverancier. In 2016 was verzoekster overigens verzekerd tegen ziektekosten bij een andere zorgverzekeraar. Zij heeft een week na de levering van het genoemde bed voor het eerst bij de behandelend ergotherapeut gemeld dat zij door de breedte van het matras, te weten 86 centimeter, niet veilig in het bed kan liggen en niet onbelemmerd de houding kan aannemen die zij zou willen. Verzoekster kan in het bed bijvoorbeeld nauwelijks met opgetrokken knieën op één zij slapen. Voorts is draaien van de ene op de andere zij onmogelijk, omdat verzoekster hierdoor uit bed zou vallen. Bovendien komen haar voeten, wanneer zij op haar zij ligt, regelmatig tegen het ijzeren hekwerk van het bed aan, wat enorme spasticiteit stimuleert. Verzoekster kan dit probleem niet voorkomen of wegnemen door verder naar de zijkant van het matras te schuiven, omdat haar "zitvlak dan van het bed zou vallen". Ook kan zij niet van haar rug op haar buik draaien in verband met het gevaar uit bed te vallen. Door deze beperking kan verzoekster niet meer op haar buik slapen en de door de fysiotherapeut geadviseerde oefeningen uitvoeren. Verzoeksters benen zijn reeds meerdere keren uit het bed gevallen. Gelet op het voorgaande, heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een extra breed Flexobed®.
- 4.2. Uit een gesprek met een medewerker van de hulpmiddelenleverancier van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat een extra breed Flexobed® louter is geïndiceerd bij obesitas. Omdat deze indicatie bij verzoekster niet aan de orde is, kon zij volgens deze medewerker aanspraak maken op een hoog-laagbed of het reguliere Flexobed®, dat zij eerder verstrekt had gekregen en heeft behouden. Beide bedden vormen echter geen oplossing voor de hiervoor geschetste problemen. Verzoekster kan niet zelfstandig in en uit een hoog-laagbed komen, zodat een dergelijk bed haar afhankelijkheid vergroot. Voorts behoeft zij een breder bed dan het Flexobed® dat zij nu heeft. In dit verband verwijst verzoekster naar een brief van haar behandelend ergotherapeut van 22 mei 2017, waarin het volgende is vermeld: "(...) Haar huidige matras is ong 86 cm breed. (...) Het is noodzakelijk dat het huidige bed breder is (minstens 100 cm breed) dan haar huidige bed. (...) Het huidige Flexobed® (dat al smaller is dan ieder ander standaard matras) voldoet niet voor [verzoekster]. Een extra breed Flexobed® is noodzakelijk om de veiligheid en zelfredzaamheid van [verzoekster] te garanderen. (...)" Omdat verzoekster bijna achttien uren per dag op bed ligt, heeft zij een bed nodig dat volledig aan haar behoeftes voldoet, zoals het extra brede Flexobed®.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van verzoekster voor vergoeding van een extra breed Flexobed® afgewezen. Dit bevreedt verzoekster, omdat uit de genoemde brief van de ergotherapeut blijkt dat hiervoor een medische indicatie bestaat. De ziektekostenverzekeraar gaat volledig voorbij aan deze indicatie. Ook heeft hij geen contact met verzoekster of de ergotherapeut gezocht. Bovendien zijn de door verzoekster aangedragen medisch inhoudelijke argumenten die pleiten voor het vergoeden van een extra breed Flexobed® keer op keer door de medewerker van de hulpmiddelenleverancier van de ziektekostenverzekeraar gepasseerd met

de stelling dat zij hierop geen aanspraak heeft, omdat bij haar geen sprake is van obesitas. Zij heeft hierdoor de indruk gekregen dat de leverancier haar argumenten niet heeft gedeeld met de ziektekostenverzekeraar, zodat deze haar medisch inhoudelijke argumenten ook niet in zijn beoordeling van haar aanvraag heeft betrokken. Omdat de aanvraag moet worden beoordeeld op medische gronden, stelt verzoekster voor dat een onafhankelijke partij op korte termijn een huisbezoek bij haar aflegt, zodat inzicht kan worden verkregen in haar situatie.

4.4. Verzoekster benadrukt dat het extra brede Flexobed® een voor haar noodzakelijk hulpmiddel is dat bijdraagt aan haar zelfstandigheid, onafhankelijkheid, veiligheid en kwaliteit van leven. Voorts heeft noch de hulpmiddelenleverancier noch de ziektekostenverzekeraar een volwaardig alternatief voor dit bed aangedragen.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat indien geen Flexobed® van honderd centimeter breed bestaat, het extra brede Flexobed® van 97 centimeter breed in haar situatie voldoet. In een ziekenhuisbed heeft zij immers ook voldoende bewegingsruimte. In reactie op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar merkt verzoekster op dat de door haar gebruikte zeer dure geneesmiddelen in het verleden ook door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, zodat zij niet begrijpt dat hij het voor haar noodzakelijke extra brede Flexobed® niet wil vergoeden met als reden dat dit te duur is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aanspraak op zorg bestaat indien een verzekerde een indicatie voor bepaalde zorg heeft en deze zorg doelmatig is. Een indicatie voor zorg is aan de orde indien een verzekerde op bepaalde zorg redelijkerwijs is aangewezen. Zorg is doelmatig wanneer die, gelet op de omstandigheden van het geval, het meest passend is. Een verzekerde heeft daarentegen geen aanspraak op zorg die onnodig kostbaar is *"in vergelijking met een andere zorgvorm die [hieraan] gelijkwaardig is gezien de indicatie en zorgbehoefte"*.

5.2. Verzoekster heeft momenteel een regulier Flexobed®. Dit bed biedt in het bijzonder ondersteuning bij transfers, zodat zij zelfstandig in en uit bed kan komen. Verzoekster is ontevreden over de beperkte breedte van het bed, te weten 87 centimeter. Omdat verzoekster in bed op haar zij wil liggen met haar knieën opgetrokken en zij in bed een verminderde mobiliteit heeft, is een verbreed bed op zich functioneel. Thans is een regulier hoog-laagbed met beddekken leverbaar in verschillende breedtematen en geschikt voor personen met een gewicht tot 135 kilogram. Een dergelijk bed biedt echter geen ondersteuning bij transfers, zodat de ziektekostenverzekeraar zich, gelet op de huidige fysieke mogelijkheden van verzoekster, kan voorstellen dat een regulier hoog-laagbed nu (nog) geen optie voor haar is. Voorts wordt het extra brede Flexobed® waarop verzoekster aanspraak heeft gemaakt, in verband met de zeer hoge kosten hiervan, alleen verstrekt aan verzekerden met een gewicht van meer dan 135 kilogram. Hiervan is bij verzoekster geen sprake, zodat zij geen extra breed Flexobed® behoeft en haar huidige bed doelmatig is.

5.3. Een medewerker van de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde hulpmiddelenleverancier is bij verzoekster op huisbezoek geweest, zodat hij haar kon voorzien van passend productadvies. De medewerker heeft geoordeeld dat verzoekster uit kan met haar huidige Flexobed®. De relevante factoren, zoals het kunnen maken van transfers, de positionering, het risico op het ontstaan van decubitus, de mate van bedlegerigheid, de progressie van het aanwezige ziektebeeld en het comfort, heeft hij in zijn beoordeling betrokken.

5.4. Nadat verzoekster het geschil had voorgelegd aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar de kwestie nogmaals beoordeeld en samen met de hulpmiddelenleverancier gekeken naar de mogelijkheden. In dit verband merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de behandelend ergotherapeut bij brief van 22 mei 2017 heeft verklaard dat het bed dat verzoekster op dit moment heeft te smal is en dat het bed minimaal honderd centimeter breed moet zijn. Voorts wil verzoekster heel

graag een extra breed Flexobed®, omdat dit haar zelfredzaamheid vergroot. Naast het reguliere Flexobed® van 87 centimeter breed dat zij heeft, bestaat er slechts één ander type Flexobed®. Dit extra brede Flexobed® is 97 centimeter breed. Beide Flexobedden® voldoen niet aan de breedtemaat die de ergotherapeut heeft geïndiceerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is een alternatief voor het Flexobed® een hoog-laagbed dat leverbaar is in breedtes van 80 tot ongeveer 119 centimeter. Hij heeft dit alternatief voorgesteld aan verzoekster, maar tot op heden heeft zij geen interesse in een hoog-laagbed. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dit, omdat zij minder zelfstandig is met een hoog-laagbed. Evenwel is een breder Flexobed® in het geval van verzoekster, gelet op zowel het verschil in kosten als gelet op zorginhoudelijke overwegingen, niet doelmatig.

- 5.5. In vervolg op het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar in samenspraak met zijn hulpmiddelenleverancier de onderhavige aanvraag heroverwogen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het door verzoekster aangevraagde extra brede Flexobed® aan beide kanten slechts vijf centimeter breder dan haar huidige Flexobed®. De hulpmiddelenleverancier van de ziektekostenverzekeraar meent dat de beperkingen, die verzoekster ondervindt in haar bewegingsvrijheid wanneer zij ligt, met deze extra ruimte slechts in geringe mate worden weggenomen. De ziektekostenverzekeraar is gelet op het voorgaande van mening dat de meerkosten van het extra brede Flexobed® niet gerechtvaardigd zijn. Voorts adviseert de hulpmiddelenleverancier van de ziektekostenverzekeraar een breder bed dan het Flexobed® waar verzoekster om heeft verzocht, bijvoorbeeld het hoog-laagbed PCC Well of PCC Plus. Deze bedden hebben een afmeting van 125 bij 200 centimeter respectievelijk 105 bij 210 centimeter, maar geen transferfunctie. Uit het contact dat de hulpmiddelenleverancier met diverse fabrikanten van transferbedden heeft gehad, blijkt dat op de reguliere markt geen transferbed met genoemde afmetingen verkrijgbaar is.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar vergoedt het extra brede Flexobed® niet op grond van coulance, omdat hij de verzekeringsvoorwaarden voor al zijn verzekerden op dezelfde wijze hanteert.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.8. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar onder meer gesteld dat hij niet tot nieuwe inzichten is gekomen en dat hij bij zijn standpunt blijft dat het bredere Flexobed® van 97 cm niet doelmatig is. Indien de commissie van mening is dat het verzoek dient te worden toegewezen, wil de ziektekostenverzekeraar de commissie erop wijzen dat verzoekster sinds 1 januari 2018 niet meer bij hem verzekerd is. Dit betekent dat de nieuwe zorgverzekeraar van verzoekster het desbetreffende Flexobed® dient te leveren.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering en 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 of op grond van coulance.

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 op de pagina's 5 tot en met 53 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 27 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

(...) Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

(...)

In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. (...)

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van Menzis nodig is. (...) Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van Menzis voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. (...)

8.4. In het 'Verzekeringsreglement 2017' van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"Uitwendige hulpmiddelen, gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, al dan niet samenhangend met zorg op bed

Regeling zorgverzekering art. 2.6 , 2.12 en art. 2.17

1

- Bed in speciale uitvoering,*
- Matras (koud/traagschuim) met preventieve werking (...)*

Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:

Eigendom of bruikleen?

Bruikleen (met uitzondering van bedbeschermende onderleggers)

Voorafgaande toestemming nodig?

*Nee. U kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden***.*

Bijzonderheden

Menzis kan een ergotherapeutisch rapport verlangen. (...)

**** Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde leverancier, is voorafgaande toestemming van Menzis vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt de aanvraag. Als de leverancier niet zeker*

weet of Menzis het hulpmiddel verstrekt/vergoedt, of in gevallen waarin dit met de leverancier contractueel is overeengekomen, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar Menzis."

- 8.5. Op pagina 6 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

- 8.6. Het gestelde op de pagina's 6 en 27 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering en het 'Verzekeringsreglement 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A1 en de pagina's 5 en 6 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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 een aangepast bed is opgenomen in artikel 2.6, onderdeel j, Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Rzv.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt 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.

- 8.8. 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.

- 8.9. Op pagina 67 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op hulpmiddelen ten behoeve van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen geregeld en en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten om zelfstandig te kunnen blijven leven. Het gaat om handelingen als in en uit bed komen, koken, douchen, aankleden enzovoort. ADL-hulpmiddelen verhogen de zelfredzaamheid en maken het mogelijk (langer) zelfstandig te blijven.

Voor enkele ADL-hulpmiddelen krijgt u een vergoeding als deze niet uit een andere regeling of voorziening worden vergoed. Het betreft hulpmiddelen als aangepast bestek, aangepast serviesgoed, of aan- en uitkleedhulpmiddelen. U krijgt een vergoeding tot een maximumbedrag per kalenderjaar.

Dit bedrag is:

(...) GarantVerzorgd 3: € 200

U krijgt geen vergoeding uit deze aanvullende verzekering als u op een andere regeling of voorziening aanspraak kunt maken. Zoals bij uw gemeente, op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, of bij het UWV, op grond van de WIA.

Niet vergoed worden:

- eenvoudige loophulpmiddelen, als een rollator, krukken of looprekken,
- hulpmiddelen die uitsluitend bedoeld zijn voor het uitoefenen van een hobby/vrijtijdsbesteding."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Uit de door verzoekster overgelegde verklaring van de behandelend ergotherapeut blijkt dat zij een aangepast bed nodig heeft van ten minste honderd centimeter breed. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster, daarnaar gevraagd, gesteld dat een extra breed Flexobed® van 97 centimeter volstaat. De commissie zal, gelet op deze stelling, beoordelen of verzoekster aanspraak heeft op een extra breed Flexobed®.
- 9.2. Vast staat dat een Flexobed® is aan te merken als een transferbed en dat een transferbed een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Voorts staat vast dat vervanging van het huidige Flexobed® van verzoekster is geïndiceerd, aangezien dit niet adequaat is. Tussen partijen is in geschil of een extra breed Flexobed® in het onderhavige geval doelmatig is. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet. Het extra brede Flexobed® is vanwege de hogere belastbaarheid louter doelmatig bij verzekerden met een gewicht vanaf 135 kilo. Voorts is het extra brede Flexobed® in vergelijking met het huidige Flexobed® van verzoekster aan beide zijden slechts vijf centimeter breder, zodat de problemen die zij thans door de breedte van haar bed ondervindt niet zullen worden ondervangen. Ook zijn de kosten van het extra brede Flexobed® aanmerkelijk hoger.
- 9.3. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1, derde lid, Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de doelmatigheid omschreven op pagina 6 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt in dat geval een integrale toetsingsbevoegdheid toe.
- 9.4. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 23 februari 2018 geconcludeerd dat verzoekster bij gebrek aan een alternatief dat voldoet aan de eisen van veiligheid en zelfredzaamheid redelijkerwijs is aangewezen op het extra brede Flexobed®. Het Zorginstituut heeft hierbij toegelicht dat kennelijk geen breder transferbed dan het extra brede Flexobed® leverbaar is. Evenwel heeft verzoekster een transferbed nodig dat voldoende breed is, zodat zowel haar zelfredzaamheid als haar veiligheid is geborgd. Volgens het Zorginstituut is het aannemelijk dat het extra brede Flexobed® voldoende breed is voor verzoekster. De behandelend ergotherapeut heeft in zijn brief van 22 mei 2017 immers expliciet verklaard dat het extra brede Flexobed® in het geval van verzoekster noodzakelijk is. Bovendien was hij, gelet op zijn e-mailcorrespondentie met verzoekster, op de hoogte van het feit dat een extra breed Flexobed® niet honderd centimeter breed is. Hieruit blijkt volgens het

Zorginstituut dat de behandelend ergotherapeut de breedte van 97 centimeter - bij gebrek aan een alternatief - in het geval van verzoekster afdoende acht. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een extra breed Flexobed® ten laste van de zorgverzekering.

De commissie tekent hierbij aan dat het, nu de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoekster ten onrechte heeft afgewezen, op zijn weg ligt alsnog een machtiging voor bedoeld hulpmiddel te verlenen, zodat verzoekster haar aanspraak ook jegens de huidige zorgverzekeraar tot gelding kan brengen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen op grond van de zorgverzekering, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen nadere bespreking.

Coulance

- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen op grond van de zorgverzekering, behoeft de mogelijkheid van een coulancevergoeding eveneens geen nadere bespreking.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- 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 het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 21 maart 2018,

A.I.M. van Mierlo