

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelen, buitenland, zuurstofvoorziening
Zaaknummer : 2007.2360
Zittingsdatum : 12 maart 2008

Zaak: 2007.2360, hulpmiddelen, buitenland, zuurstofvoorziening

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006 en 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.27 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de besluiten van de zorgverzekeraar van 3 maart en 5 september 2007, de kosten verbonden aan zuurstofvoorziening in Frankrijk gedurende zes maanden niet ten volle te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.

3.2. De behandelend medisch-specialist heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "COPD met emfyseem". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zorg bestaande uit "zuurstof, ten minste 15 uur per dag met een flow van 1 % liter/minuut" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 3 maart 2007 (aanvraag 2006) en 5 september 2007 (aanvraag 2007) heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat diens aanspraak voor het in Nederland geldende tarief is gehonoreerd en voor het meerdere is afgewezen.

3.3. Gedurende een half jaar in 2006 en in 2007 hebben de behandelingen in Frankrijk, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden .

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 8 november 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak

alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren .
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 2 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 januari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 30 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 14 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 11 februari 2008 de commissie geadviseerd tot nader onderzoek naar de meest gunstige vergoedingsregeling voor verzoeker en deze toe te passen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt dat hij, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, voor zijn aandoening zes maanden per jaar in Frankrijk verblijft. In 2005 heeft hij de zuurstofvoorziening volledig vergoed gekregen, in 2006 is het in Nederland geldende tarief uitgekeerd (hetgeen minder is dan door hem is betaald aan de Franse leverancier), terwijl in 2007 het in Nederland geldende tarief voor een periode van vier weken is uitgekeerd.
 - 4.2. Het ontbreken van een aanvraag voor 2007 mag volgens verzoeker geen reden zijn tot het weigeren van de vergoeding, omdat in mei 2005 door zijn medisch-specialist is vastgesteld dat hij COPD heeft en levenlang zuurstofbehoefstig zal zijn. Op grond hiervan is de zuurstofvoorziening in Frankrijk gedurende zes maanden in 2005 vergoed.
 - 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
 - 5.1. De zorgverzekeraar stelt op grond van de voorwaarden van 2006 dat, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, voor de vergoeding van medicinale zuurstof en de daarbij behorende apparatuur op grond van de zorgverzekering van 2006 geldt dat een vergoeding wordt toegekend van maximaal het in Nederland geldende tarief met een maximale dagprijs van € 3,68 voor niet-gecontracteerde hulp .
 - 5.2. Voor 2007 stelt de zorgverzekeraar dat op grond van de zorgverzekering het gebruik van medicinale zuurstof en de daarbij behorende apparatuur zich beperkt tot het gebruik ervan in Nederland. Bij tijdelijk verblijf in het buitenland kan voor de eerste vier weken zuurstof geleverd worden door een Nederlandse leverancier. Dit wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Na die vier weken kunnen de kosten worden vergoed door middel van een EHIC-formulier, indien sprake is van spoedeisende hulp.

Hiervan is geen sprake. Wanneer dit niet mogelijk is, dan is de Nederlandse leverancier nog steeds verantwoordelijk voor het regelen van de zuurstofvoorziening, maar mag deze een eigen bijdrage in rekening brengen. Het is niet de bedoeling dat een verzekerde op eigen initiatief zuurstof in het buitenland aanschaft en dit bij de zorgverzekeraar declareert.

- 5.3 De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

De bevoegdheid van de commissie

6. Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

De beoordeling van het geschil

- 7.
- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van hulpmiddelen is in de zorgverzekering van 2006 geregeld in artikel 7 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen 2006 van de zorgverzekeraar. Artikel 7 van de 'Lijst van aanspraken' regelt in algemene zin wanneer aanspraak op hulpmiddelen in het algemeen bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

7. Hulpmiddelen (..)

Prestatie: de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen of eigendom (in afwijking van artikel 7 lid 2b van de Algemene Voorwaarden). Bij zorgverleners waar de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt ontvangt u vergoeding van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag, na aftrek van een eventuele wettelijke eigen bijdrage. Zie het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

(..)

Bijzonderheden: de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij de Regeling Zorgverzekering c.q. het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik van batterijen. "

(..)

12. Buitenlanddekking (..)

4 Oe verzekerde die in Nederland woont en die naar het buitenland gaat voor medische zorg, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daarvoor gemaakte kosten, volgens de polisvoorwaarden, met dien verstande, dat de zorgverzekeraar voor intramurale zorg vooraf toestemming verleend moet hebben. Bij het beoordelen van de aanvraag voor toestemming wordt gelet op de termijn waarbinnen de gevraagde behandeling in Nederland zou kunnen plaatsvinden, het behandelplan alsmede de daarvoor begrote kosten."

De aanspraak op vergoeding van hulpmiddelen is in de zorgverzekering van 2007 geregeld in artikel 6 van de 'Lijst van aanspraken' in artikel 6 van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen 2007 van de zorgverzekeraar. Artikel 6 van de 'Lijst van

aanspraken' regelt in algemene zin wanneer aanspraak op hulpmiddelen in het algemeen bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

"6 Hulpmiddelen

Omschrijving: eigendom- dan wel bruikleen verstrekking, tevens indien nodig correctie, vervanging en/of herstel van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, opgenomen in de Regeling zorgverzekering c.q. het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Zorgverlening: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in de Regeling zorgverzekering c.q. het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar .

Prestatie: de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen of eigendom (in afwijking van artikel 7 lid 2b van de Algemene Voorwaarden). Bij zorgverleners waar de zorgverzekeraar geen afspraken mee heeft gemaakt ontvangt u vergoeding van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag, na aftrek van een eventuele wettelijke eigen bijdrage. Zie het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Voorschrift: zoals bepaald in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Machtiging: zoals bepaald in de voorwaarden in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

11 Buitenland

1 Oe verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 7 lid 2 van de Algemene Voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

2 Oe verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

a aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

b aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering: tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend; indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Het Reglement Hulpmiddelen 2006 en 2007 van de zorgverzekeraar bevat de volgende relevante bepalingen:

"3 Inleiding

Voor elk hulpmiddel is een voorschrift nodig. Alleen een huisarts of specialist kan bepalen of u een indicatie voor een hulpmiddel heeft. Is er een indicatie voor een hulpmiddel dan geeft de huisarts of specialist hiervoor een voorschrift af.

Vervolgens is in de Rzv aangegeven onder welke voorwaarden er recht op vergoeding bestaat.

Indien het een hulpmiddel betreft waarvoor voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is, moet het voorschrift naar de zorgverzekeraar gestuurd worden.

Indien het een hulpmiddel betreft waarvoor geen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is, kunt u met het voorschrift direct naar de leverancier.

In de lijst van hulpmiddelen in dit reglement kunt u per hulpmiddel zien of er wel of geen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is.

(. . .)

Niet gecontracteerde hulpmiddelenleverancier

Kiest u ervoor om zelf een hulpmiddel aan te schaffen dan kunt u ook terecht bij een

hulpmiddelenleverancier waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft. De zorgverzekeraar heeft met deze leveranciers geen afspraken gemaakt over bijvoorbeeld de prijs, kwaliteit, service en garantie. U zult de nota eerst zelf moeten betalen aan de leverancier en ook reparaties komen voor eigen rekening. Vervolgens dient u de gespecificeerde nota in bij de zorgverzekeraar. (De nota dient voorzien te zijn van de naam, adres en woonplaats gegevens van de leverancier en van het nummer van de Kamer van Koophandel en het BTW nummer. Handgeschreven nota's worden niet in behandeling genomen). Tevens moet u een voorschrift van uw behandelend huisarts of specialist bijvoegen. U krijgt het bedrag niet altijd volledig vergoed. Dit is afhankelijk van de door u gekozen polis. Kijk voor verdere uitleg onder 'hulpmiddel in eigendom' en 'hulpmiddel in bruikleen'. Indien u naar een niet gecontracteerde leverancier gaat, gelden nog steeds de nadere voorwaarden zoals in dit reglement per hulpmiddel beschreven.

(..)

Hulpmiddel in bruikleen

Hebt u een hulpmiddel nodig dat de zorgverzekeraar in bruikleen verstrekt dan krijgt u geen nota en hoeft u niets zelf te betalen. Het hulpmiddel wordt geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde leverancier.

Indien u ervoor kiest om een bruikleen hulpmiddel bij een niet gecontracteerde leverancier aan te schaffen dan bestaat de vergoeding uit een maximaal bedrag per hulpmiddel. Het betreffende hulpmiddel krijgt u in dit geval in eigendom.

De overige nadere voorwaarden zoals deze vastgesteld zijn in dit reglement per hulpmiddel gelden nog wel. (Dus bijvoorbeeld of u wel of geen voorafgaande toestemming nodig heeft).

Indien u een Basispolis hebt dan is de vergoeding die u krijgt gebaseerd op de gemiddelde kosten voor een vergelijkbaar hulpmiddel dat de zorgverzekeraar aan een door haar gecontracteerde leverancier betaalt. Dit bedrag verschilt per hulpmiddel en hangt af van de soort afspraken die de zorgverzekeraar met de gecontracteerde leveranciers heeft gemaakt.

(..)

De zorgverzekeraar adviseert u om indien u overweegt een bruikleen hulpmiddel bij een niet gecontracteerde leverancier aan te schaffen, eerst contact op te nemen met onze Klantenservice, telefoonnummer (..). Het is heel belangrijk dat u goed voorlicht bent om zo de consequenties te overzien. Daarnaast kunt u ook kijken op [www.\(.. \).nl](http://www.(..).nl) of een van onze Servicepunten bezoeken.

(..)

5.21 Zuurstofapparaat dan wel zuurstofconcentrator met toebehoren

- *deze hulpmiddelen worden verstrekt in bruikleen;*
- *voor deze hulpmiddelen is geen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig;*
- *de behandelend specialist geeft het voorschrift af,'*
- *voor de zuurstofconcentrator is een vergoeding mogelijk voor de stroomkosten op basis van het werkelijke verbruik. De kosten worden direct verrekend tussen de verzekerde en de leverancier. Indien u op vakantie gaat naar een land binnen de Europese Unie of naar Marokko, Tunesië of Turkije wordt ook daar zuurstofapparatuur geleverd. Indien van toepassing dient u zelf met de vliegtuigmaatschappij te regelen dat u tijdens de vlucht ook van zuurstof wordt voorzien. ":*

- 7.2. De regeling in de artikelen 7 en 12 van de zorgverzekering 2006 is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.3. De regeling in de artikelen 6 en 11 van de zorgverzekering 2007 is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 van het Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 lid 1 en onder u en 2.27 van de Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of verzoeker recht heeft op volledige vergoeding van de kosten voor zuurstofvoorziening gedurende de zes maanden per jaar waarin hij in Frankrijk verblijft, indien hij geen gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder.
- 7.7. De commissie stelt vast dat tussen partijen de indicatie niet ter discussie staat, en evenmin het door de behandelaar afgegeven voorschrift voor het onderhavige hulpmiddel.
- 7.8. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding oordeelt de commissie als volgt. Medisch noodzakelijke zorg, genoten in een Europese lidstaat, kan op twee manieren worden vergoed. Enerzijds op grond van de Europese Health Insurance Card (de EHIC)/ EG-Verordening 1408/71, waarbij gedurende het verblijf in een andere Europese lidstaat dan Nederland, het tarief vergoed dient te worden zoals dat geldt volgens het socialezekerheidsstelsel van de betreffende Europese lidstaat. Anderzijds op grond van de zorgverzekering waarbij door de zorgverzekeraar het in Nederland geldende marktconforme bedrag dient te worden vergoed.
- 7.9. Vaststaat dat zuurstofvoorziening gekwalificeerd wordt als medisch noodzakelijke zorg, zoals bepaald door de Administratieve Commissie van de Europese Gemeenschap in Besluit 196 van 23 maart 2004. Dit betekent dat, anders dan door de zorgverzekeraar is gesteld, vergoeding op grond van de EHIC/ EG-Verordening 1408/71 mogelijk is.
Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt vervolgens met zich dat voor verzoeker de onder omstandigheden meest gunstige regeling wordt toegepast. De commissie zal daarom nagaan welke van de onder 7.8 beschreven regelingen de meest gunstige is voor verzoeker.
- 7.10. De vergoeding conform het in Nederland geldende marktconforme tarief is volgens opgave van de zorgverzekeraar € 3.68 per dag. Aangezien vanuit overheidswege is besloten de zorgverzekeraars zelf te laten onderhandelen over de prijzen voor hulpmiddelen, teneinde hen de mogelijkheid te bieden zich een concurrentiepositie te verwerven in het kader van de marktwerking in de zorg, komt de commissie slechts een marginale toetsing toe van het door deze zorgverzekeraar gecontracteerde gemiddelde bedrag voor deze vorm van zorg. Het door de zorgverzekeraar genoemde bedrag van € 3.68 per dag komt de commissie niet onredelijk voor.

7.11. Vergoeding op grond van het socialezekerheidsstelsel van Frankrijk dient te worden vastgesteld aan de hand van de 'Liste des Produits et Prestations Remboursables' (LPPR). De Franse leverancier van zuurstofvoorziening heeft met vermelding van de toepasselijke LPPR-code de zuurstofvoorziening aan verzoeker in rekening gebracht. Hoewel hierom door de commissie nadrukkelijk is gevraagd, heeft de zorgverzekeraar geen gevolg gegeven aan het verzoek om tarifiering. De commissie neemt daarom aan dat het door de leverancier gehanteerde tarief van rond de € 107,00 per week conform het socialezekerheidsstelsel in Frankrijk is en dat dit bedrag door het plaatselijk uitvoeringsorgaan volledig zou zijn vergoed.

7.12. Op grond van hierboven overwogene komt de commissie tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de door verzoeker ingediende rekeningen voor de zuurstofvoorziening gedurende zijn verblijf in Frankrijk, zowel in 2006 als in 2007, volledig dient te vergoeden.

7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het onder 7.12 bepaalde, toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 12 maart 2008,



Voorzitter