



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen D te E, vertegenwoordigd door F te G
Zaak : Hulpmiddelenzorg, brace, buitenland
Zaaknummer : 201400155
Zittingsdatum : 27 augustus 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door F te G, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering 2013 restitutie Keuze Zorg Plan [naam zorgverzekeraar] (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een enkelbrace, aangeschaft in Zuid Afrika (verder: de aanspraak). Bij ongedateerde uitkeringsspecificatie heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 31 oktober, 2, 7, 16 en 24 december 2013, en 2 en 8 januari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 4 maart 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij e-mailbericht van 18 maart 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 juni 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 11 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 2 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014070143) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de orthese niet onder de aanspraak op geneeskundige zorg valt, omdat niet is gebleken dat bij verzoeker sprake was van een fractuur en forse beperkingen na adequate behandeling dan wel dat oefentherapie onvoldoende effect heeft gehad. Evenmin valt de orthese onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg, omdat geen sprake is van een ernstige aandoening en verzoeker niet permanent (in de zin van langdurig, in principe levenslang) hierop aangewezen is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft getracht partijen op 27 augustus 2014 telefonisch te bereiken. Beide partijen bleken echter op de door hen opgegeven telefoonnummers - ondanks meerdere pogingen - niet bereikbaar. Hiermee is voor partijen de mogelijkheid tot het geven van een mondelinge toelichting komen te vervallen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in de zomer van 2013 in Zuid Afrika een ongeval gehad, waarbij zijn enkelband is gescheurd. Hij is hiervoor in een lokaal ziekenhuis behandeld. De behandelend arts heeft hem een enkelbrace voorgeschreven. Dit is ook in Nederland de gebruikelijke behandeling bij een enkelbandruptuur. Na terugkomst in Nederland heeft verzoeker de nota hiervan ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar, maar deze wil de betreffende kosten niet vergoeden, omdat gebleken is dat de brace is geleverd door een fysiotherapeut.
- 4.2. Verzoeker benadrukt dat hij een indicatie had voor de verstrekking van de enkelbrace. Dit staat ook niet ter discussie. De brace is weliswaar geleverd door een fysiotherapeut, maar de levering heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis. Verzoeker benadrukt dat geen sprake is geweest van fysiotherapeutische behandeling. In het buitenland is de zorg anders geregeld dan in Nederland. Dit kan de zorgverzekeraar verzoeker niet tegenwerpen.
- 4.3. In de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen wordt gesteld dat uit de stukken niet zou blijken dat de brace is geïndiceerd door een medisch specialist, en dat het hulpmiddel daarom niet onder de aanspraak op medisch specialistische zorg valt. Verzoeker is het hiermee niet eens. Zoals hij in de mailwisseling met de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht, is de brace in het ziekenhuis voorgeschreven door een medisch specialist.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Bij het beoordelen van declaraties van zorgkosten die in het buitenland zijn gemaakt, gaat de zorgverzekeraar uit van de Nederlandse regelgeving. Indien een verzekerde in Nederland een brace aanschaft bij een fysiotherapeut, komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. De kosten van een brace ter vervanging van gips of tape worden alleen vergoed indien de brace door het ziekenhuis wordt geleverd. De kosten maken dan deel uit van de DBC die door het ziekenhuis wordt gedeclareerd. Indien de verzekerde een voorschrift meekrijgt van de medisch

specialist om het hulpmiddel buiten de praktijk van de arts te betrekken, dan valt het hulpmiddel onder de aanspraak op hulpmiddelen.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de in Zuid Afrika aangeschafte enkelbrace te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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 1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg (poliklinisch) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van:

- *medisch specialistische zorg;*
- *de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

(...)”

8.4. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op hulpmiddelenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

“• levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;

(...)

overeenkomstig het [naam zorgverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan. Het

[naam zorgverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

(...)

Voorwaarde

Bij niet door ons geselecteerde leveranciers heeft u altijd vooraf toestemming van ons nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing op hulpmiddelen die deel uitmaken van medisch specialistische zorg. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 1 tot en met 5.”

8.5. In artikel 3.2.1. van het [naam zorgverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan 2013 is de aanspraak op orthesen nader uitgewerkt. In dit artikel is, voor zover hier van belang, bepaald:

*"Orthesen welke niet voor permanent gebruik dienen, vallen onder medisch specialistische zorg en dienen daarom uit het ziekenhuisbudget bekostigd te worden. Het gaat hierbij om aandoeningen waarbij het dragen van de orthese wordt geïndiceerd door de medisch specialist, maar – na ontslag uit de poliklinische controle – niet meer nodig is of op termijn eindigt.
(...)"*

- 8.6. Artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

19.2 Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van het Keuze Zorg Plan tot maximaal:

- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
- het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;*
- wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
(...)"*

- 8.7. De artikelen 4 en 30 van de zorgverzekering, het [naam zorgverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen Keuze Zorg Plan 2013 en artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
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 hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het lopen is uitgewerkt in artikel 2.12 Rzv.

- 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 zorgverzekeraar 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. De onderhavige zorg is genoten in Zuid Afrika. Dit land behoort niet tot de Europese Unie en er is geen sprake van een verdrag op het terrein van de sociale zekerheid. Hieruit volgt dat een eventuele aanspraak op vergoeding van de kosten van de brace uitsluitend op basis van de polisvoorwaarden dient te worden beoordeeld.

- 9.2. Door verzoeker is gesteld dat de onderhavige brace hem is voorgeschreven door een medisch specialist ten behoeve van de behandeling van een enkelruptuur. De verwijzing en de indicatie zijn door de zorgverzekeraar niet dan wel onvoldoende weersproken. Daarom neemt de commissie deze als vaststaand aan.
- 9.3. De onderhavige Swede-O Walking Boot is een orthese. Op grond van artikel 30 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op hulpmiddelen, waaronder orthesen. In artikel 3.2.1 van het Reglement Hulpmiddelen is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op orthesen voor permanent gebruik. Verzoeker heeft de orthese gebruikt ter behandeling van een enkelbandruptuur. Er is dus sprake van een tijdelijk gebruik. Daarom heeft verzoeker op grond van artikel 30 van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de Swede-O Walking Boot.
- 9.4. Een orthese voor tijdelijk gebruik, zoals een Swede-O Walking Boot, kan door het ziekenhuis worden geleverd als onderdeel van een medisch specialistische behandeling, als bedoeld in artikel 4 van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft, onder verwijzing naar de NHG-standaard Enkelbandletsel, gesteld dat in geval van verzoeker niet is gebleken van een indicatie voor behandeling in de tweede lijn. Zoals onder 9.2 is overwogen, neemt de commissie de verwijzing en de indicatie echter als vaststaand aan, zodat het door het Zorginstituut ter zake gestelde moet worden gepasseerd. Voorts staat vast dat het hulpmiddel is voorgeschreven door de behandelend medisch specialist. In Nederland zouden de kosten van de Swede-O Walking Boot onder de door deze geopende DBC zijn gevallen. Het ziekenhuis zou de betreffende kosten dan ook niet apart in rekening mogen brengen. Naar het oordeel van de commissie dient in de overwegingen te worden betrokken dat de gezondheidszorg in het buitenland anders is georganiseerd dan in Nederland. In Zuid Afrika worden de kosten van het hulpmiddel -kennelijk - apart in rekening gebracht, en zijn derhalve niet als onderdeel van de medisch specialistische behandeling in het tarief opgenomen. Het feit dat de gezondheidszorg in een ander land anders is ingericht, mag echter niet ertoe leiden dat de zorgverzekeraar gehouden is meer te vergoeden dan waartoe hij in de Nederlandse omstandigheden verplicht is. Het Wmg- dan wel het marktconforme tarief voor de medisch specialistische behandeling als bedoeld in artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering vormt in die zin de bovengrens. Dit brengt mee dat voor zover na aftrek van de door het ziekenhuis in rekening gebrachte kosten binnen dit tarief nog ruimte bestaat, de zorgverzekeraar de kosten van de Swede-O Walking Boot aan verzoeker dient te vergoeden.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 is overwogen.
- 9.6. Aangezien het verzoek (deels) wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 1 oktober 2014,



Voorzitter

