



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Zwolle
Zaak : Hulpmiddelenzorg, loopspalk, doelmatigheid
Zaaknummer : 201400500
Zittingsdatum : 8 april 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

N.V. Univé Zorg te Zwolle, hierna te noemen: de zorgverzekeraar

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), 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. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een nieuwe - bruikbare - loopspalk (enkel-voetorthese). Bij brief van 4 juli 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij hiervoor een verwijzing van een arts nodig heeft. Met deze verwijzing kan zij zich wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder.

3.2. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend over de door de gecontracteerde zorgaanbieder geleverde spalken. Tijdens het telefoongesprek dat naar aanleiding hiervan tussen partijen is gevoerd, heeft de zorgverzekeraar verzoekster verwezen naar de betreffende zorgaanbieder.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Een en ander heeft tot gevolg gehad dat de zorgverzekeraar, met toestemming van verzoekster, contact heeft opgenomen met de betreffende zorgaanbieder. Dit heeft evenwel niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 2 september 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is ervoor zorg te dragen dat zij de beschikking krijgt over adequaat functionerende hulpmiddelen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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. Verzoekster heeft de nota van de op 13 augustus 2013 aan haar geleverde spalk op 2 september 2014 alsnog ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft

vergoeding hiervan bij brief van 8 oktober 2014 afgewezen omdat de spalk is geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder en deze beoordeelt of aanspraak bestaat op het hulpmiddel. Indien dit het geval is, declareert de zorgaanbieder de kosten rechtstreeks bij de zorgverzekeraar.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 november 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 december 2014 per e-mail medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 8 december 2014 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 28 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014153023) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat uit het dossier weliswaar is gebleken dat verzoekster een indicatie heeft voor een loopspalk, maar dat niet goed kan worden beoordeeld of verzoekster vanaf augustus 2013 nog over een adequaat hulpmiddel beschikt.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 januari 2015 aan partijen gezonden. De commissie heeft de zorgverzekeraar hierbij verzocht voornoemd nader onderzoek te verrichten. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 27 januari 2015 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift hiervan is op 5 februari 2015 aan verzoekster gestuurd. Zij is hierbij in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen op het advies van het Zorginstituut en de reactie van de zorgverzekeraar te reageren. Verzoekster heeft op 16 februari 2015 per e-mail op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Bij brief van 25 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften gestuurd van de brieven van de zorgverzekeraar van 27 januari 2015 en van verzoekster van 16 februari 2015. Het Zorginstituut is hierbij gevraagd de reacties op het verzoek tot nader onderzoek mee te nemen in het definitieve advies aan de commissie.
- 3.11. Het Zorginstituut heeft bij brief van 9 maart 2015 zijn definitieve advies aan de commissie uitgebracht. Het Zorginstituut stelt hierin: *"Blijkens deze stukken is verweerder van oordeel dat op basis van het dossier niet meer te achterhalen is of de loopspalk adequaat is of is geweest. Zorginstituut Nederland is van mening dat de conclusie van verweerder aannemelijk is met betrekking tot het verleden maar beoogde met het nader onderzoek niet uitsluitend het bekijken van het dossier. U kunt het voorlopig advies daarom bij deze als definitief beschouwen."*
Een afschrift van dit advies is met het bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft in 1982 een ongeval gehad. Als gevolg hiervan heeft zij nog steeds last van een klapvoet links. Hierdoor is zij aangewezen op een loopspalk. Verzoekster was niet tevreden over de in 2009 en 2010 geleverde loopspalken en de bij de levering betrokken zorgaanbieders. Zij heeft zich zowel bij het Regionale Tuchtcollege als het Centrale Tuchtcollege beklagd over deze zorgaanbieders en de door hen geleverde loopspalken. In 2013 heeft zij zich voor een loopspalk gewend tot een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Deze heeft haar op 10 juli 2013 een loopspalk geleverd waarover verzoekster aanvankelijk erg tevreden was. Zij kreeg weliswaar last van een drukplek op haar enkel, maar ging ervan uit dat dit wel zou overgaan.
- 4.2. Op 13 augustus 2013 heeft de vervolgspraak plaatsgevonden. Tijdens deze afspraak heeft de zorgaanbieder de loopspalk mee naar de werkplaats meegenomen om iets aan te passen. Nadien bleek deze niet zo goed te werken als voorheen. Verzoekster wankelt meer op haar klapvoet. Het lijkt erop dat de voetzool iets is gedraaid ten opzichte van de lange bovenkant. Verzoekster

is aanvankelijk niet teruggegaan naar de zorgaanbieder om hem op deze problemen te wijzen, omdat dit volgens haar toch geen zin had.

- 4.3. Verzoekster heeft hierop een tweede spalk laten maken door de betrokken zorgaanbieder, omdat zij een spalk wilde met een wat kortere zool, zodat zij minder last zou krijgen van kramp in haar tenen tijdens het fietsen en ook omdat zij andere damesschoenen wilde kunnen dragen. Zij heeft de zorgaanbieder verteld dat het dezelfde spalk moest zijn als die welke is geleverd op 10 juli 2013, maar dan met een drie cm kortere zool. Toen de spalk werd geleverd, bleek de zool echter zes cm korter te zijn dan die van de andere spalk. Omdat verzoekster wist dat de spalk niet kon worden aangepast, discussiëren geen zin had, en zij de spalk toch nodig had, heeft zij de kosten hiervan betaald.
- 4.4. Nadat verzoekster de problemen met de spalken bij de zorgverzekeraar kenbaar had gemaakt, heeft deze haar geadviseerd contact op te nemen met de zorgaanbieder. Op 18 september 2013 heeft de zorgaanbieder verklaard dat hij op 13 augustus 2013 niets heeft gewijzigd aan de spalk. De zorgaanbieder heeft tijdens het consult van 18 september 2013 de spalk die op 13 augustus 2013 is geleverd wél aangepast, namelijk door een felroze inleg op de buitenhelft van de zool te plakken. Verzoekster voelde echter direct dat dit niet de oplossing voor haar probleem was. Zij heeft daarom nog bij de zorgaanbieder de roze inleg verwijderd en is vertrokken.
- 4.5. Verzoekster heeft de nota's van voornoemde spalken aanvankelijk niet ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar, aangezien het totale bedrag onder het verplichte en/of vrijwillige eigen risico blijft en de kosten hierdoor voor haar rekening blijven.
- 4.6. In haar brief van 16 februari 2015 heeft verzoekster verklaard dat zij na 13 augustus 2013 niet meer beschikt over de best mogelijke loopspalk. Zij vervolgt: "*Gelukkig sta ik nu wel wat steviger op mijn linkerbeen dan in juni 2013 met de ... Strumpf (maar toch wat wankel door de voetzool van de peroneusveer) zodat ik nu na 1994 weer wat kan rondreizen per OV.*"
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar heeft voor de levering van orthesen zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij de Stichting Erkenningsregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen (SEMH). De zorgverzekeraar gaat daarom uit van een goede kwaliteit van zorg door deze zorgaanbieders. Als verzoekster niet tevreden is over de geleverde zorg, moet zij eerst een klacht indienen bij de zorgaanbieder en deze de gelegenheid bieden binnen een bepaalde termijn de klacht op te lossen. Indien de klacht niet naar tevredenheid van verzoekster wordt opgelost, kan zij zich wenden tot de Geschillencommissie van de SEMH.
- 5.2. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar - met toestemming van verzoekster - contact opgenomen met de zorgaanbieder. Uit dit gesprek bleek dat een goede verstandhouding tussen verzoekster en de zorgaanbieder niet meer mogelijk is, en dat zij niet meer welkom is bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft opgemerkt dat verzoekster aanvankelijk zeer tevreden was met de geleverde spalk. Op 13 augustus 2013 is door de zorgaanbieder niets gewijzigd aan deze spalk.
- 5.3. Aangezien verzoekster de nota van de onderhavige spalk(en) aanvankelijk niet ter declaratie had ingediend bij de zorgverzekeraar, zou zij nog wel recht hebben op een andere orthese, die door een andere gecontracteerde zorgaanbieder zou kunnen worden geleverd. De zorgverzekeraar heeft verzoekster daartoe een lijst gestuurd met gecontracteerde zorgaanbieders die bij haar in de buurt gevestigd zijn.

5.4. In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 27 januari 2015 aan de commissie medegedeeld dat hij op basis van het dossier ervan uitgaat dat verzoekster een indicatie had voor een loopspalk/enkel-voetorthese ten laste van de zorgverzekering. Hierbij wordt opgemerkt dat de arts geen medische diagnose heeft vermeld op de verwijzing. Aan de hand van het dossier is niet op te maken of de loopspalk adequaat is of is geweest. Het toetsen van de kwaliteit van de orthese heeft nu ook geen meerwaarde, omdat na anderhalf jaar niet meer is vast te stellen of de loopspalk ten tijde van de verstrekking adequaat is geweest. De zorgverzekeraar twijfelt eraan of een dergelijk onderzoek tot zijn taak als zorgverzekeraar behoort. Te meer omdat het een voorziening betreft die niet door hem is betaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 in 2013 geleverde spalken zijn aan te merken als adequaat functionerende hulpmiddelen als bedoeld in 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen Univé hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen Univé opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

(...)

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren. Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen.

Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. In het Reglement hulpmiddelen Univé vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

(...)”

8.4. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg indien deze geïndiceerd en doelmatig is. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. (...)"

8.5. De artikelen 1.2 en 33 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen Univé 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).

8.6. 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 artikel 2.6 e.v. Rzv. De aanspraak op spalken is nader uitgewerkt in artikel 2.12 Rzv.

Artikel 2.1, lid 3 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.

8.7. 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 zorgverzekering biedt, gelet op het bepaalde in artikel 33 van de verzekeringsvoorwaarden, aanspraak op functionerende hulpmiddelen zoals genoemd in het Bzv en de Rzv. In artikel 2.12 Rzv is de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem opgenomen. In het Reglement hulpmiddelen Univé is bepaald dat deze hulpmiddelen in eigendom worden verstrekt. Dat een enkel-voetspalk een verzekerde prestatie vormt, is niet in geschil. Evenmin is in geschil dat verzoekster een indicatie heeft voor dit hulpmiddel.

9.2. Verzoekster heeft gesteld dat de twee orthesen die in 2013 door haar zijn aangeschaft niet voldoen, waardoor zij niet (meer) beschikt over een adequaat functionerend hulpmiddel. Voor zover haar klachten zijn gericht tegen de zorgaanbieder dan wel de zorgaanbieders met wie zij in het verleden te maken heeft gehad, kan de commissie deze niet in behandeling nemen, aangezien de commissie niet bevoegd is te oordelen over geschillen tussen een zorgaanbieder en een gebruiker of tussen zorgaanbieder en een zorgverzekeraar betreffen. Voor zover het de relatie tussen verzoekster en de zorgverzekeraar betreft, merkt de commissie in de eerste plaats op dat verzoekster aanvankelijk kennelijk ervoor heeft gekozen de beide hulpmiddelen voor eigen rekening aan te schaffen. Omdat zij echter vervolgens heeft besloten de kosten toch bij de zorgverzekeraar te declareren, dient de vraag te worden beantwoord of zij de beschikking heeft gekregen over een adequaat functionerend hulpmiddel. Dienaangaande geldt het volgende.


 9.3. Verzoekster heeft verklaard dat de op 10 juli 2013 door haar aangeschafte spalk in eerste instantie voldeed aan haar zorgvraag. Het staat dus niet ter discussie dat deze spalk op dat moment een adequaat functionerend hulpmiddel vormde. Verzoekster stelt dat zij ná de vervolgspraak op 13 augustus 2013 problemen is gaan ondervinden met de spalk. De zorgaanbieder heeft evenwel verklaard dat op 13 augustus 2013 door hem niets is veranderd aan de spalk. Aangezien niet is komen vast te staan dat er toen iets aan de betreffende spalk is gewijzigd, gaat de commissie ervan uit dat deze spalk ook ná 13 augustus 2013 als een adequaat functionerend hulpmiddel is aan te merken.

 9.4. Verzoekster heeft verder verklaard dat de op 13 augustus 2013 aan haar geleverde spalk voor haar geen adequaat functionerend hulpmiddel is. Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder heeft geprobeerd deze spalk naar de wensen van verzoekster aan te passen, maar zoals verzoekster zelf heeft verklaard, heeft zij de aanpassing ter plaatse verwijderd, omdat zij van mening was dat deze toch niet zou werken. Aangezien verzoekster de aanpassing direct heeft verwijderd, zonder deze te hebben geprobeerd, kan de zorgaanbieder - en hiermee de zorgverzekeraar - niet worden verweten dat aan verzoekster geen adequaat functionerend hulpmiddel zou zijn geleverd. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Of beide spalken op dit moment nog als adequaat functionerende hulpmiddelen kunnen worden aangemerkt, moet in het midden blijven. Indien verzoekster meent dat hiervan - inmiddels - geen sprake (meer) is, kan zij zich wenden tot een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder die dit alsdan zal beoordelen.

Conclusie

 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 april 2015

         
prof. mr. A.I.M. van Mierlo