

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E  
te F  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, orthese, gecontracteerde zorgaanbieder,  
restitutiepolis, hoogte gedeclareerd bedrag, eigen risico  
Zaaknummer : 2012.01958  
Zittingsdatum : 3 april 2013

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 2012, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, 2.12, 2.17 en 2.18 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering 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 polsduimpalk. Bij brief van 12 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is toegewezen. Bij separate brief, eveneens van 12 juni 2012, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij voor deze polsduimpalk een bedrag van € 110,- is verschuldigd ter zake van het nog openstaande eigen risico.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juli 2012 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 19 december 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het voor de orthese gevorderde eigen risico te verlagen naar € 55,- (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 18 februari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 februari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 februari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 april 2013 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 april 2013 telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 23 mei 2012 een polsduimspalk aangeschaft bij een leverancier te Roosendaal. De kosten hiervan, die in de winkel € 55,-- bedragen, zouden door de leverancier rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 12 juni 2012 evenwel medegedeeld dat voor de onderhavige orthese een bedrag van € 110,-- is vergoed aan het Centrum Orthopedie Rotterdam (hierna: COR). Aangezien het eigen risico van verzoekster voor 2012 nog niet was volgemaakt, is dit bedrag volledig ten laste van dit eigen risico gebracht.
- 4.2. Gezien de verhoging van de prijs van de orthese met 100 percent door COR, heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft haar verwezen naar de leverancier te Roosendaal, van wie verzoekster te horen heeft gekregen dat deze manier van declareren normaal is. Het COR heeft met de ziektekostenverzekeraar een zogenoemde clusterafspraken. Hierdoor zijn de kosten van de orthese hoger dan in de winkel. Verzoekster was echter niet op de hoogte van deze onderlinge afspraak en heeft hiermee ook niets te maken. De polsduimspalk kost in de winkel € 55,-- en dit is het bedrag dat ten laste mag worden gebracht van haar eigen risico.
- 4.3. De polsduimspalk is een standaardproduct. Er is geen sprake geweest van aanmerken, begeleiding of nazorg. Verzoekster ziet dan ook niet in waarom de bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde kosten van de orthese het dubbele moeten bedragen van de normale winkelprijs.
- 4.4. Als verzoekster van tevoren had geweten dat bij rechtstreekse declaratie door de leverancier de kosten van de orthese zouden worden verdubbeld, zou zij deze zelf hebben betaald en de nota later bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie hebben ingediend. In dat geval zou het haar maar € 55,-- hebben gekost.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij destijds met het voorschrift van de orthopeed naar de leverancier te Roosendaal is gegaan. Hierop heeft de verkoopster een paar orthesen uit een lade gepakt, welke verzoekster heeft ge-

past. Eén paar paste goed, en deze heeft verzoekster aangeschaft. Er is geen instrumentenmaker bij betrokken geweest. Evenmin heeft verzoekster een formulier ingevuld met vragen over haar klachten.

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. In artikel 1.4 van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar clusterprijzen hanteert bij gecontracteerde zorgaanbieders. Hierdoor kan het voorkomen dat sommige hulpmiddelen goedkoper of duurder zijn dan de prijs die een particulier voor hetzelfde product zou betalen. In het geval van verzoekster valt de prijs hoger uit. Dit is vervelend voor verzoekster, maar hiervan kan niet worden afgeweken.

5.2. Op 31 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar een declaratie van € 110,- ontvangen van het COR voor een 'pols-hand-vinger-orthese'. Het gaat hierbij om een afgesproken tarief met een gecontracteerde leverancier. Het tarief omvat behalve de kosten van de orthese ook de kosten van onder andere analyse, aanmeten, bestellen, instructie en nazorg, indien van toepassing. Een afschrift van het zorgplan is in het dossier aanwezig. Er is dus geen sprake van een standaard winkelproduct, maar van een product waarvoor een zorgplan is opgesteld en waarvoor is voorzien in functionele garantie en nazorg. Een standaard winkelproduct is geen adequate zorg en kan daarom niet hiermee worden vergeleken.

5.3. De kosten van de orthese zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Daarom komen deze kosten in beginsel ten laste van het eigen risico. Het eigen risico 2012 van verzoekster was destijds nog niet volgemaakt, daarom is het volledige bedrag van € 110,- ten laste van het eigen risico gebracht.

5.4. Verzoekster heeft een zogenoemde restitutiepolis. Bij een dergelijke polis kan het voorkomen dat verzekerden zelf een nota moeten voorschieten en vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie moeten indienen. Dit is het geval wanneer de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten met de betreffende zorgaanbieder. De vergoeding kan in dat geval lager zijn dan de werkelijke kosten. In de onderhavige situatie is sprake van een gecontracteerde zorgaanbieder (COR) en een gecontracteerd tarief voor de geleverde zorg.

5.5. In de brief van 20 september 2012 verklaart de ziektekostenverzekeraar dat uit het dossier blijkt dat de orthese is afgeleverd door een met name genoemde leverancier te Roosendaal. De ziektekostenverzekeraar heeft met deze zorgaanbieder geen overeenkomst gesloten. De ziektekostenverzekeraar is dan ook niet op de hoogte van het tarief dat deze leverancier voor de orthese hanteert en welke service hiervoor wordt geboden.

In de brief van 18 februari 2013 stelt de ziektekostenverzekeraar daarentegen dat in de onderhavige situatie het COR de zorgaanbieder is. Deze zorgaanbieder heeft het zorgplan doorlopen, de orthese geleverd (in samenwerking met een Roosendaalse leverancier) en de kosten bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Het contact met verzoekster is verlopen via de leverancier te Roosendaal.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de zorginkoper contact heeft opgenomen met het COR. Gebleken is dat wel is aangemeten,

maar dat verzoekster uit kon met een confectie-orthese. Zonder tussenkomst van het COR bestaat in de onderhavige situatie geen aanspraak op vergoeding, aangezien een instrumentenmaker betrokken moet zijn bij de aanschaf. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoekster bij een orthopeed is geweest. Hieraan zijn kosten verbonden die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed en die niet zijn uitgezonderd van het eigen risico. Het eigen risico voor 2012 wordt dus sowieso volgeemaakt.

5.7. De ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar ter zake van de orthese een bedrag van € 55,-- ten laste van het eigen risico van verzoekster dient te brengen in plaats van de berekende € 110,--.

## 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 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. (...)”*

8.3. Artikel 1.4 van de zorgverzekering bepaalt de hoogte van de vergoeding voor zorg die is verleend door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, en luidt:

*“Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen via onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten.”*

- 8.4. Artikel 1.5 van de zorgverzekering bepaalt de hoogte van de vergoeding voor zorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en luidt:

*“Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.”*

- 8.5. Artikel 1.8 van de zorgverzekering bepaalt dat bij rechtstreekse betaling aan een zorgaanbieder geen rekening wordt gehouden met het eigen risico of de eigen bijdrage. Deze bedragen worden later bij de verzekeringnemer in rekening gebracht. De verzekeringnemer is verplicht deze bedragen te betalen.
- 8.6. Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico geldt van € 220,-- per kalenderjaar.
- 8.7. De artikelen 1.4, 1.5, 1.8, 7 en 31 van de zorgverzekering 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).
- 8.8. 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.  
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 een orthese is geregeld in de artikelen 2.6 sub e en 2.12 Rzv.  
Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 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 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.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster heeft een restitutiepolis op grond waarvan zij vrijheid van keuze van zorgaanbieder heeft en in beginsel aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zorg. Echter, de ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen ook voor deze zorgverzekering zorg te contracteren.

- 9.2. Het staat een ziektekostenverzekeraar vrij in het kader van naturaverzekeringen clusterprijzen af te spreken voor het gehele pakket (inclusief aanmeten en nazorg en dergelijke) waarbij de verzekerde soms een voordeel en soms een nadeel heeft. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar het voordeel dat de kosten rechtstreeks bij hem worden gedeclareerd door de zorgaanbieder, hetgeen de notaverwerking eenvoudiger maakt. Dit mag evenwel niet tot gevolg hebben dat een verzekerde met een restitutiepolis hiervan een financieel nadeel ondervindt. Deze verzekerde betaalt voor de keuzevrijheid immers veelal een hogere premie.
- 9.3. Verzoekster heeft het onderhavige hulpmiddel aangeschaft bij een (voor deze zorg) niet-gecontracteerde zorgaanbieder, te Roosendaal. Vervolgens heeft deze zorgaanbieder via een overeenkomst met het (voor deze zorg wél gecontracteerde) COR de kosten "rechtstreeks" bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.
- 9.4. Verzoekster heeft gesteld dat de onderhavige orthese bij de leverancier te Roosendaal € 55,-- zou hebben gekost indien zij deze contant had betaald. Via het COR is evenwel een bedrag van € 110,-- gedeclareerd en door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De kosten zijn volledig ten laste van het eigen risico van verzoekster gebracht en komen dus voor haar rekening. Indien verzoekster de orthese zelf zou hebben betaald en vervolgens de nota ter declaratie zou hebben ingediend, hetgeen haar als houder van een restitutiepolis vrij stond, zou een bedrag van € 55,-- ten laste van haar eigen risico zijn gekomen. Door het - door de ziektekostenverzekeraar met de zorgaanbieder - overeengekomen tarief zijn deze kosten evenwel verdubbeld. Zoals onder 9.1 is vermeld, mag een door de ziektekostenverzekeraar overeengekomen 'clusterprijs' geen nadelige financiële gevolgen hebben voor een verzekerde met een restitutiepolis.
- 9.5. De door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde vergoeding aan het COR dient daarom te worden teruggedraaid en het bedrag van € 110,-- dient in mindering te worden gebracht op het door verzoekster verschuldigde eigen risico over 2012. De Roosendaalse leverancier van de orthese heeft geleverd, kan de kosten hiervan dan bij verzoekster in rekening brengen door middel van het uitbrengen van een nota. Verzoekster kan deze vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie indienen, waarop deze de nota aan de hand van de polisvoorwaarden kan beoordelen. afhankelijk van het notabedrag en de vraag of in 2012 andere kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, zal het eigen risico voor dat jaar opnieuw moeten worden bepaald. Hierbij zij aangetekend dat geenszins zeker is dat de uitkomst van deze herberekening € 55,-- is, het bedrag dat door verzoekster in dit verband is genoemd. Volledigheidshalve wijst de commissie erop dat het ontbreken van een machtiging verzoekster achteraf niet door de ziektekostenverzekeraar kan worden tegengeworpen, omdat hij de onderhavige nota van het COR voor dit hulpmiddel reeds heeft vergoed.

### **Conclusie**

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, zoals bepaald in 9.4.
- 9.7. 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 met in achtneming van hetgeen onder 9.4 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 17 april 2013,

Voorzitter