

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, hoog/laag bed, Parkinsonmatras, vergoeding, marktconform tarief
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.17 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer	: 202201207
Zittingsdatum	: 19 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 14 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 11 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 november 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 april 2023 een aanvulling gestuurd op het eerder door hem ingezonden verweer. Een kopie hiervan is op 6 april 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft de commissie op 6 april 2023, ter onderbouwing van zijn standpunt, de conclusie van de procureur generaal bij de Hoge Raad van 21 oktober 2022 (ECLI:NL:PHR:2022:972) gezonden. Een kopie hiervan is op 11 april 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. Op 21 april 2023 is het arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2023:664) in eerder genoemde zaak gepubliceerd. Zoals ter zitting is afgesproken, heeft de commissie op 24 april 2023 een kopie hiervan aan partijen gestuurd. Partijen hebben hierbij de mogelijkheid gekregen binnen veertien dagen schriftelijk te reageren op dit arrest. Zowel verzoeker als de ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 mei 2023 hierop gereageerd. Een kopie van de reactie is aan de respectieve wederpartij gestuurd.
- 2.7. De commissie heeft partijen bij brief van 25 juli 2023 meegedeeld dat zij heeft besloten het onderzoek te heropenen. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij die gelegenheid een aantal vragen gesteld, mede gezien het arrest van de Hoge Raad van 21 april 2023. In dat verband heeft de commissie aan de ziektekostenverzekeraar, voor zover thans van belang, het volgende bericht:

"Tegen de achtergrond van de hiervoor gegeven toelichting verzoekt de commissie u om in deze zaak alsnog een bandbreedte - met een onder- en bovenkant - te bepalen. Graag verneemt de commissie daarbij op welke wijze u de bandbreedte heeft bepaald, waaronder de onder- en

bovenkant. De commissie verzoekt u daarbij duidelijk te maken om welke aantallen declaraties en bedragen het voor 2021 gaat. Hierbij betreft het dus alle ingediende declaraties, niet alleen die van de gecontracteerde leveranciers. Wilt u daarbij aangeven welke declaraties u vanwege onredelijke verschillen niet bij de aldus bepaalde bandbreedte hebt meegenomen en waarom in die gevallen sprake is van onredelijke verschillen?

Tot slot verzoekt de commissie u om een onderbouwd standpunt over de vraag of de declaratie die in deze zaak in geschil is, valt buiten de bandbreedte die als bovenbeschreven is bepaald en zo ja, of deze naar uw mening (nog steeds) excessief is, voor welk deel en op grond waarvan."

- 2.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 augustus 2023 geantwoord. Een kopie van deze brief is op 21 augustus 2023 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft op 24 augustus 2023 hierop gereageerd. Een kopie van zijn reactie is op 29 augustus 2023 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend ***, Aanvullend Tand**, en Aanvullend NS (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 26 september 2021 heeft verzoeker met de ziektekostenverzekeraar gebeld over de vergoeding van een hoog/laag bed met Parkinsonmatras. Bij ongedateerd schrijven heeft verzoeker verzocht de desbetreffende kosten te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop gereageerd bij brief van 30 september 2021, stellende dat de verstrekte informatie niet voldoende was om het verzoek te beoordelen. In het schrijven werd verder meegedeeld dat de vergoeding voor een bed in speciale uitvoering maximaal € 932,23 bedraagt. Verzoeker heeft hierop de gevraagde informatie aangeleverd. Op 8 oktober 2021 is hij door de ziektekostenverzekeraar gebeld met de mededeling dat de aanvraag was afgewezen. Diezelfde dag is hem dit schriftelijk bevestigd. Bij brief van 13 oktober 2021 heeft verzoeker gevraagd de afwijzende beslissing te heroverwegen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 oktober 2021 geantwoord de afwijzing te handhaven en ook geen gedeeltelijke vergoeding te verlenen.
- 3.3. Bij brief van 4 maart 2022 is door verzoeker opnieuw aandacht gevraagd voor de kwestie. De ziektekostenverzekeraar deelde bij brief van 17 maart 2022 mee zijn afwijzende beslissing te handhaven. Bij brief van 22 maart 2022 reageerde verzoeker hier op. De ziektekostenverzekeraar verklaarde bij brief van 19 april 2022 zijn standpunt te herzien en het marktconforme tarief voor het hulpmiddel te zullen vergoeden. Dit betreft een bedrag van € 746,-, maar omdat in eerdere correspondentie € 932,93 is genoemd, zal dat bedrag worden vergoed. Verzoeker is hier bij brief van 6 mei 2022 tegen opgekomen. Bij brief van 11 mei 2022 antwoordde de ziektekostenverzekeraar geen hogere vergoeding te verlenen. Een volgende afwijzing vond plaats bij brief van 16 juni 2022, in reactie op nadere vragen van verzoeker bij brief van 27 mei 2022.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het hoog/laag bed met Parkinsonmatras volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 932,93 te vergoeden.
- 4.2. In dat verband heeft verzoeker toegelicht dat hij in 2006 is gediagnosticeerd met de ziekte van Parkinson. Dit is een progressieve aandoening. Verzoeker hoopt door het gebruik van het hulpmiddel opname in een verpleeghuis zo lang mogelijk te kunnen uitstellen. Hij verwijst naar een verklaring van de behandelend neuroloog van 21 september 2021, waarin wordt gesteld: "Een hoog/laag bed en een Parkinsonmatras lijken geïndiceerd." Verzoeker stelt

dat hij slaapproblemen ondervindt en dat hij door schouderklachten moeite heeft met het uit bed stappen. Hij heeft nagevraagd of het bestaande bed kon worden omgebouwd, maar dit bleek niet mogelijk. Gecontracteerde leveranciers konden het voor hem noodzakelijke hulpmiddel niet leveren. Daarom was hij gedwongen zich te wenden tot een gespecialiseerd bedrijf. Hier heeft verzoeker bed en matras voor eigen rekening aangeschaft. De kosten belopen € 3.489,35 respectievelijk € 1.126,--. Hij ontvangt nu wel een vergoeding, maar deze is zijns inziens te laag, hetgeen hem feitelijk hindert om te kiezen voor een niet-gecontracteerde leverancier. Verzoeker verwijst naar de website van de Consumentenbond, waar te vinden is dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg 75% bedraagt. Ook is hem opgevallen dat in de Hulpmiddelenwijzer sprake is van een roterend bed voor Parkinsonpatiënten dat gedeeltelijk wordt vergoed vanuit de zorgverzekering.

Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding merkt verzoeker op dat de 'Lijst vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Hulpmiddelen 2021' hierover geen uitsluitend geeft. Het marktconforme tarief wordt hier niet genoemd; er is vermeld: "op aanvraag". Volgens verzoeker zijn de polisvoorwaarden en reglementen niet inzichtelijk met betrekking tot de door de leveranciers gehanteerde prijzen. Informatie hierover is wel terug te vinden op de website leefcomfort.nl. Hier is te lezen dat de prijs van een hoog/laag bed varieert van € 800,- tot € 4.500,-. De ziektekostenverzekeraar gaat met de vergoeding aan de onderkant zitten en geeft niet aan hoe hij de hoogte van het marktconforme tarief heeft bepaald. Het door verzoeker betaalde bedrag blijft binnen de bandbreedte, zoals deze blijkt uit eerder genoemde website. De prijs is dan ook normaal voor een gecertificeerd bed.

Verzoeker doet een beroep op artikel 2.17, eerste lid, onder a, Rzv, en niet op het eerste lid, onder b, van de regeling. Hij meent dat de ziektekostenverzekeraar het hoog/laag bed moet vergoeden én een redelijke vergoeding dient te verlenen voor een matras, niet zijnde een AD-matras. Uit een eerder bindend advies van de commissie volgt dat de ziektekostenverzekeraar inzichtelijk moet maken hoe hij het marktconforme tarief heeft berekend. Tevens moet hierbij een opslag worden toegepast (SKGZ201901150).

Verzoeker bestrijdt dat door hem extra kosten zijn gemaakt voor Frequency Physio Support (FPS), een geluidssysteem dat is ingebouwd om makkelijker in slaap te komen. Ook weersprekt hij dat de toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet is afgewacht. Deze had de aanvraag immers al afgewezen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om aan te tonen dat de gedeclareerde kosten niet marktconform zijn. Hierin is de ziektekostenverzekeraar volgens verzoeker niet geslaagd. De ziektekostenverzekeraar is namelijk uitgegaan van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Bij het vaststellen van het marktconforme tarief moet echter niet alleen worden gekeken naar prijsafspraken met gecontracteerde leveranciers. Daarnaast zijn de cijfers niet inzichtelijk gemaakt door de ziektekostenverzekeraar. Maar zelfs als deze kloppen, betekent dit niet dat de vergoeding marktconform is.

Uit de door verzoeker toegestuurde conclusie van de procureur generaal vloeit voort dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten te vergoeden. Om te bepalen of het tarief marktconform is, moet dit worden afgezet tegen andere tarieven van soortgelijke zorgaanbieders. En hieruit moet blijken of het gedeclareerde tarief onredelijk hoog is. De ziektekostenverzekeraar mag hierbij geen vaste grens hanteren, maar dit doet hij wel door een gemiddeld gecontracteerd tarief te hanteren. Verzoeker merkt hierbij op dat er misschien wel goedkopere bedden en matrassen zijn, maar dat dit niet wil zeggen dat de kosten van het door hem aangeschafte bed en matras niet marktconform zijn. Verzoeker heeft gekozen voor een kwalitatief goed bed met matras waarmee hij de komende jaren vooruit kan. Maar verzoeker bestrijdt dat de kosten van het door hem aangeschafte bed met matras excessief zijn. Met een hoog/laag bed, zoals dat door een gecontracteerde leverancier wordt verstrekt, kan verzoeker niet meer op één kamer blijven slapen met zijn echtgenote. De twee aparte bedden passen namelijk niet naast elkaar in de slaapkamer. Daarnaast is het bed dat door een gecontracteerde leverancier wordt geleverd niet goed, omdat verzoeker zich zou stoten als hij zich hierin zou omdraaien.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

- 4.5. Verzoeker heeft bij brief van 2 mei 2023 gereageerd op het arrest van de Hoge Raad van 21 april 2023. Uit het arrest volgt volgens verzoeker dat het uitgangspunt is dat de gehele factuur dient te worden vergoed, tenzij de gedeclareerde kosten excessief zijn. Dit laatste moet door de ziektekostenverzekeraar worden aangetoond. Hij mag zich daarbij niet beperken tot de door hem gecontracteerde tarieven.

De ziektekostenverzekeraar heeft de tweestappentoets volgens verzoeker niet juist uitgevoerd. Zo zijn verreweg de meeste declaraties die de ziektekostenverzekeraar ontvangt van gecontracteerde leveranciers. Daarnaast is ten onrechte uitgegaan van gemiddelden in plaats van een bandbreedte. Een bandbreedte is een gebied tussen een bepaald maximum en minimum. Tijdens de zitting is gebleken dat er in ieder geval nog 4 andere nota's zijn gedeclareerd die hoger lagen dan de declaratie van verzoeker. Dit betekent dat de nota van verzoeker binnen de bandbreedte valt.

- 4.6. Verzoeker heeft bij brief van 29 augustus 2023 aangevoerd dat hij het er niet mee eens is dat de ziektekostenverzekeraar nogmaals de mogelijkheid heeft gekregen zijn standpunt nader te motiveren. Kennelijk was de ziektekostenverzekeraar er niet in geslaagd om deugdelijk te onderbouwen waarom de door verzoeker gedeclareerde kosten excessief zijn. Op basis hiervan had het onderzoek niet moeten worden heropend, maar had de commissie de vordering moeten toewijzen.

Verder betwist verzoeker het standpunt van de ziektekostenverzekeraar met klem. Volgens de ziektekostenverzekeraar hebben het gerechtshof en de Hoge Raad niet voorgeschreven hoe de bandbreedte moet worden becijferd. Dit hoeft volgens verzoeker ook niet. Er bestaat een taalkundige uitleg voor wat een bandbreedte is, namelijk het gebied tussen de hoogste en de laagste waarde. Volgens de ziektekostenverzekeraar was de laagste declaratie in 2021 € 737,12 en de hoogste € 15.800,-. Dus is volgens verzoeker de bandbreedte het gebied tussen € 737,12 en € 15.800,-.

De ziektekostenverzekeraar heeft het gecontracteerde tarief als uitgangspunt genomen, omdat dit tarief verreweg het vaakst wordt gedeclareerd. Hiermee rekent de ziektekostenverzekeraar echter met een gemiddeld tarief en niet met een bandbreedte. Om die reden is de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde berekening fout. Verder past de ziektekostenverzekeraar een marge van 25% toe op het gecontracteerde tarief. Het is verzoeker onbekend waarom is gekozen voor 25%. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde methodiek mag volgens verzoeker niet worden gevolgd, omdat de ziektekostenverzekeraar de methode zelf heeft bedacht en dit leidt tot willekeur.

Verzoeker benadrukt dat als een tarief binnen de bandbreedte valt – in dit geval tussen € 737,12 en € 15.800,- – de gedeclareerde kosten niet als excessief zijn te beschouwen. Aangezien zijn declaratie binnen deze bandbreedte valt, moet deze volledig worden vergoed.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard geen aanleiding te zien tot een hogere vergoeding. Aanvankelijk heeft hij hierbij het standpunt ingenomen dat een hoog/laag bed wordt vergoed voor personen die verpleging en/of verzorging op bed nodig hebben. Verzoeker voldoet hier niet aan. Hij kocht het bed om een andere reden. Tevens stelde de ziektekostenverzekeraar toen dat alleen een AD-matras voor vergoeding in aanmerking komt, en dat verzoeker een andere indicatie heeft.

Nadien heeft hij zich bereid verklaard het marktconforme tarief te vergoeden. Dit bedraagt € 746,- voor een eenpersoons hoog/laag bed met matras. Van de ontvangen declaraties is 99,7% voor een lager bedrag. De nota van verzoeker is ruim vijf maal hoger en daarmee is het hulpmiddel onnodig duur. Een functionele meerwaarde ontbreekt namelijk. Voor de problemen die verzoeker ervaart – met slapen en in en uit bed stappen – volstaat een regulier hoog/laag bed van 90 cm bij 200/210 cm, met hoog/laag functie, knie- en rugverstelling en een matras. Dit is te beschouwen als een adequaat en doelmatig hulpmiddel.

Op grond van artikel 2.17, eerste lid, onder a, Rzv betreft de aanspraak een bed in speciale uitvoering met inbegrip van het daarvoor bestemde matras. De vergoeding ziet dus mede daar

op. Een losse matras kan alleen worden vergoed als sprake is van decubitus of het voorkomen van decubitus (artikel 2.17, eerste lid, onder b, Rzv).

De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat verzoeker twee bedden inclusief matras heeft aangeschaft, voor hem en voor zijn echtgenote. Zij heeft geen indicatie voor een dergelijk hulpmiddel, zodat het geschil beperkt blijft tot het bed en het matras ten behoeve van verzoeker. De verwijzing naar het eerdere bindend advies van de commissie treft geen doel. De cijfers uit Open DIS Data zien namelijk op medisch specialistische zorg en niet op hulpmiddelenzorg. De opslag waarvan in het advies nog sprake was is intussen door de commissie verlaten.

- 5.2. In zijn brief van 11 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden (ECLI:NL:GHARL:2021:9573). In lijn met dit arrest heeft hij de tweestappentoets uitgevoerd en 98% van alle zorgaanbieders die een hoog/laag bed leveren aan zijn verzekerden, zijn door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Voor de berekening van het indicatieve, marktconforme tarief heeft de ziektekostenverzekeraar daarom het gemiddeld gecontracteerde tarief als uitgangspunt genomen en vervolgens een marge van 25% toegepast. Voor een hoog/laag bed heeft de ziektekostenverzekeraar met een overgrote meerderheid van de zorgaanbieders een tarief van € 746,34 afgesproken. Het indicatieve marktconforme tarief is daarom € 746,34 + 25% = € 932,92.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 5 april 2023 meegedeeld dat hij in zijn brief van 11 november 2022 de wijze waarop hij het marktconforme tarief in het onderhavige geschil heeft berekend niet volledig juist heeft weergegeven. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat voor de eerste stap is geïnventariseerd welke bedragen zorgaanbieders bij hem in 2021 hebben gedeclareerd voor hoog/laag bedden. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat 99,7% van de declaraties in 2021 voor hoog/laag bedden afkomstig was van gecontracteerde zorgaanbieders. De eerder genoemde 98% betreft het percentage van alle declaraties voor hulpmiddelen. Met het overgrote deel van de gecontracteerde zorgaanbieders is voor een hoog/laag bed een tarief van € 746,34 afgesproken. Met een enkele aanbieder is een lager tarief afgesproken, waardoor het gemiddeld gecontracteerde tarief uitkomt op € 741,10. Voor de becijfering van het marktconforme tarief wordt uitgegaan van € 746,34. Voor het bepalen van de bandbreedte is bij voornoemd bedrag een marge van 25% opgeteld, om te komen tot het indicatieve tarief van € 932,92.
 Voor de tweede stap heeft de ziektekostenverzekeraar beoordeeld of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van de bandbreedte door middel van een individuele beoordeling. De nota is daarom besproken in een multidisciplinair team. Voor de individuele beoordeling wordt inzichtelijk gemaakt hoe de betreffende nota zich verhoudt tot vergelijkbare nota's bij vergelijkbare (zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde) aanbieders. In dit geval ligt de ingediende nota 4,2 keer hoger dan het indicatieve tarief (en ongeveer 60% hoger dan de eerstvolgende goedkopere declaratie). Voor dat hoge tarief bestaat geen objectieve rechtvaardiging.
 De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat de kwaliteit (of de mate van luxe) van het hoog/laag bed geen factor is die van belang is voor het marktconforme tarief. Dit is bevestigd door het gerechtshof in het eerder genoemde arrest.
 De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de aanspraken onder de Zvw functioneel zijn omschreven. Dit betekent dat verzoeker aanspraak heeft op een functionerend hoog/laag bed. Hij heeft echter geen recht op (vergoeding van de integrale kosten van) een luxe hoog/laag bed. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de betreffende nota in verhouding tot de bandbreedte excessief is, zonder dat hiervoor een rechtvaardiging bestaat. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat er een *"belangrijke discrepantie bestaat tussen, enerzijds, leveranciers van hulpmiddelen die zichzelf ook daadwerkelijk beschouwen en profileren als leveranciers van hulpmiddelen die noodzakelijk zijn ter leniging van een zorgbehoefte van een patiënt en, anderzijds, commerciële ondernemingen die zich richten op de verkoop van (luxe)producten aan de particuliere markt, maar 'toevallig' (ook) producten verkopen die kwalificeren als hulpmiddel onder de Zvw."* Als deze commerciële instellingen worden betrokken bij de berekening van het marktconforme tarief, dan ontstaat een (zeer) vertekend beeld van de in de markt gehanteerde prijzen. In feite bestaat er immers een markt voor hulpmiddelen geleverd

door zorgaanbieders en een markt voor 'hulpmiddelen' geleverd door commerciële partijen die zich richten op de particuliere markt. Daarom zou uitsluitend de eerste categorie bij de berekening van het marktconforme tarief moeten worden betrokken.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het arrest, volgend op de door verzoeker toegestuurde conclusie van de procureur-generaal, binnen enkele dagen wordt verwacht. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals toegelicht hoe hij het marktconforme tarief heeft vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat ook de gedeclareerde tarieven van de niet-gecontracteerde leveranciers bij de bepaling van de bandbreedte worden meegewogen. Van de leveranciers is echter slechts 0,3% niet-gecontracteerd, dus dit heeft amper invloed op de bandbreedte. Als dit aandeel groter zou zijn, zou dit meer invloed hebben. Bij de weging wordt niet gekeken of de zorgaanbieder gecontracteerd is of niet. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat uit de nota niet is gebleken wat voor hoog/laag bed is geleverd en ook niet wat de mate van luxe is. De ziektekostenverzekeraar vindt de gedeclareerde kosten echter excessief. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in de medische wereld een speciaal Parkinson matras niet bestaat. Wel moet het een stevig matras zijn, omdat omdraaien dan mogelijk wordt. Verder licht de ziektekostenverzekeraar toe dat bij een standaard hoog/laag bed, indien gewenst, de beddekken eraf gehaald kunnen worden.
- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 mei 2023 gereageerd op het arrest van de Hoge Raad van 21 april 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft al eerder toegelicht dat hij de tweestappentoets heeft toegepast. De nota van verzoeker is niet als excessief aangemerkt, omdat deze behoorde tot de 5% hoogste declaraties, maar omdat deze in verhouding tot de door de ziektekostenverzekeraar berekende bandbreedte excessief is. De nota is namelijk vier keer hoger dan de bandbreedte, zonder dat hiervoor een rechtvaardiging bestaat. Uit het arrest van de Hoge Raad vloeit onder meer voort dat niet alle in de markt gehanteerde prijzen per definitie marktconform zijn, enkel en alleen omdat zij in de markt worden gehanteerd. Een in de markt gehanteerd tarief kan immers zodanig buiten de bandbreedte van tarieven (die als marktconform hebben te gelden) liggen, dat op voorhand kan worden aangenomen dat het hoger is dan in Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Verder heeft de Hoge Raad geoordeeld dat een zorgverzekeraar een afkaptarief mag hanteren op voorwaarde dat dit afkaptarief *"zodanig buiten de bandbreedte van tarieven die als marktconform hebben te gelden ligt, dat op voorhand kan worden aangenomen dat de daarboven gelegen declaraties hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten."* In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt van een afkaptarief. Ook als de ziektekostenverzekeraar wél een afkaptarief had gehanteerd, was de door verzoeker gedeclareerde nota excessief geweest. In de optiek van de ziektekostenverzekeraar mag op voorhand worden aangenomen dat (in ieder geval) een nota, die ruim viermaal hoger ligt dan de bandbreedte waarbinnen vrijwel alle gecontracteerde en niet-gecontracteerde declaraties liggen (en waarbinnen de declaraties nauwelijks van elkaar verschillen), hoger is dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. De ziektekostenverzekeraar concludeert daarom dat het arrest van de Hoge Raad onderschrijft dat hij het marktconforme tarief in de onderhavige zaak juist heeft becijferd. De declaratie van verzoeker wijkt onredelijk af van de bandbreedte die in Nederlandse marktomstandigheden passend is.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 augustus 2023 geantwoord op de hiervoor in 2.7. genoemde brief van de commissie van 25 juli 2023 en de daarin geformuleerde nadere vragen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat bij de bepaling van de bandbreedte is gekeken naar alle declaraties (zowel van gecontracteerde als van niet-gecontracteerde zorgaanbieders) voor hoog/laag bedden in 2021. De bandbreedte is dus niet bepaald aan de hand van een gemiddelde. Het overgrote deel van de declaraties vertoont echter vrijwel geen variatie. Dit komt

onder meer doordat ruim 99,7% van de gedeclareerde nota's afkomstig is van gecontracteerde zorgaanbieders. In 98% van deze nota's bedroeg het tarief tussen € 737,12 en € 746,34. De ziektekostenverzekeraar heeft de bandbreedte becijferd aan de hand van het tarief van € 746,34 plus een marge van 25%. In 2021 zijn 18 nota's gedeclareerd voor hoog/laag bedden van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De kosten varieerden van € 902,- tot € 15.800,-. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de bepaling van de bandbreedte aan de hand van een procentuele marge in dit geval toelaatbaar. Hij wijst er in dit verband op dat het grootste deel van de tarieven zo dicht bij elkaar ligt dat hierdoor de spreiding in de spreidingsgrafiek voor een belangrijk deel op een horizontale lijn lijkt. Als de ziektekostenverzekeraar dezelfde statistische principes zou toepassen op de markt voor hoog/laag bedden die hij toepast op de markt voor bijvoorbeeld medisch specialistische zorg, dan zou de bandbreedte van tarieven die niet-onredelijk van elkaar afwijken veel dichter bij het bedrag liggen dat het overgrote deel van de markt hanteert. Daarom hanteert de ziektekostenverzekeraar in de markt voor hoog/laag bedden een andere methode om de bandbreedte te bepalen. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat een declaratie tot 25% kan afwijken van het bedrag dat door 99,7% van de markt wordt gehanteerd en dan nog steeds een redelijke afwijking kan zijn. De ziektekostenverzekeraar gaat daarnaast ervan uit dat indien een declaratie meer dan 25% afwijkt van dat bedrag, sprake is van een declaratie waarvan in eerste instantie wordt vermoed dat deze onredelijk afwijkt van wat in Nederlandse marktomstandigheden passend is. De ziektekostenverzekeraar benadrukt nogmaals dat het gerechtshof en de Hoge Raad niet hebben voorgeschreven op welke wijze de bandbreedte moet worden becijferd. De ondergrens van de bandbreedte is altijd € 0,-. De Zvw of de jurisprudentie schrijft niet voor dat een zorgverzekeraar een minimumtarief moet introduceren waaronder zij declaraties als afwijkend van de marktomstandigheden zou moeten afwijzen. De door verzoeker gedeclareerde nota is 4,2 keer hoger dan de bandbreedte en wijkt om die reden onredelijk af van die bandbreedte. De nota is dus terecht als excessief beoordeeld.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg en het marktconforme tarief zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie stelt vast dat het geschil gaat over de vergoeding van een hoog/laag bed en een specifiek matras die ten behoeve van verzoeker zijn aangeschaft. Het gaat hierbij om bedragen van € 3.489,35 respectievelijk € 1.126,-. Het deel van de nota dat ziet op het ten behoeve van zijn echtgenote aangeschafte bed inclusief matras blijft verder onbesproken, aangezien gesteld noch gebleken is dat bij haar een medische problematiek aan de orde is op grond waarvan zij op deze hulpmiddelen - dat wil zeggen: een bed in speciale uitvoering met inbegrip van het daarvoor bestemde matras dan wel een anti-decubitusmatras ter behandeling en preventie van decubitus - zou kunnen zijn aangewezen.
- 7.3. Waar het verzoeker betreft, staat vast dat een bed in speciale uitvoering met inbegrip van het daarvoor bestemde matras behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Tevens staat vast dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op dit hulpmiddel, nu de ziektekostenverzekeraar een (gedeeltelijke) vergoeding ten laste van de zorgverzekering heeft toegezegd. Verzoeker heeft verder onweersproken gesteld dat de door hem bij de niet-gecontracteerde leverancier afgenomen combinatie niet was voorzien van extra's, zoals met name

de Frequency Physio Support (FPS). Het moet er daarom voor worden gehouden dat aan hem een regulier hoog/laag bed is geleverd.

- 7.4. Verzoeker heeft in de procedure nadrukkelijk verwezen naar artikel 2.17, eerste lid, onder a, Rzv. Het aangehaalde artikel ziet op een bed in speciale uitvoering met inbegrip van het daarvoor bestemde matras. Verzoeker heeft evenwel ook gesteld dat "een redelijke vergoeding" moet worden bepaald voor het door hem gekochte Parkinsonmatras. De commissie begrijpt zijn stelling aldus dat verzoeker niet uit kan met een regulier matras, als onderdeel van een bed in speciale uitvoering, hetgeen tevens de hogere prijs voor het aangeschafte matras verklaart. Waar het gaat om een afzonderlijke matras, geldt dat op basis van de zorgverzekering alleen aanspraak bestaat op een anti-decubitusmatras ter behandeling en preventie van decubitus. In dit geval gaat het niet om een zodanig matras zodat de ziektekostenverzekeraar terecht vergoeding van het bedrag van € 1.126,- heeft geweigerd. Nu verzoeker geen regulier matras heeft aangeschaft als onderdeel van een bed in speciale uitvoering, en de zorgverzekering niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie, zal de commissie hierna beoordelen of het bedrag van € 3.489,35 voor een regulier hoog/laag bed - in dit geval dus zonder matras - voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 7.5. Uit artikel 4.3.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat de zorgverzekeraar, indien sprake is van de onderhavige restitutieverzekering, zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener vergoedt tot maximaal het maximumtarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wmg. Als er geen maximumtarief op basis van de Wmg is vastgesteld, vergoedt de zorgverzekeraar de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Omdat geen maximumtarief op basis van de Wmg is vastgesteld, moet worden uitgegaan van het 'maximaal in Nederland geldende marktconforme bedrag'. Wat hieronder moet worden verstaan is in voornoemd artikel niet opgenomen en valt ook niet te herleiden uit de begripsomschrijvingen van artikel A.21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Nu het hier een restitutiepols op grond van de Zvw betreft, dient voor de duiding aansluiting te worden gezocht bij artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv. Op grond van deze bepaling dienen de kosten te worden vergoed voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Dit laatste wordt ook wel geduid als het marktconforme tarief.
- 7.6. In het voorgaande werd al geconcludeerd dat de prijs van het door verzoeker aangeschafte bed met matras niet kan worden verklaard door bepaalde, voor hem noodzakelijke extra's. Waar het gaat om een regulier hoog/laag bed van 90cm bij 200/210cm, met hoog/laag functie, knie- en rugverstelling en een matras, heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hiervoor een marktconform tarief van € 746,34 heeft te gelden. Hij heeft dit onderbouwd door te stellen dat hij met het overgrote deel van de door hem gecontracteerde zorgaanbieders dit tarief heeft afgesproken voor een hoog/laag bed. Met een enkele zorgaanbieder is een lager tarief afgesproken. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij vervolgens als bandbreedte een marge van 25% bij voornoemd tarief van € 746,34 heeft opgeteld, hetgeen leidt tot een 'indicatief marktconform tarief' van € 932,92. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat de door verzoeker gedeclareerde nota in een multidisciplinair team is besproken, omdat deze boven het 'indicatief marktconform tarief' van € 932,92 kwam.
- 7.7. Teneinde te bepalen welk tarief in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten voor een regulier hoog/laag bed, heeft de commissie navraag gedaan bij Vektis, maar dit leverde geen informatie op. Mede daarom is het onderzoek heropend en is de ziektekostenverzekeraar bij de hiervoor in 2.7. reeds gedeeltelijk geciteerde brief van 25 juli 2023 gevraagd om, in lijn met de recente jurisprudentie over dit onderwerp, de zogenoemde tweestappentoets uit te voeren, dat wil zeggen een bandbreedte te bepalen en te beoordelen in hoeverre de individuele declaratie zodanig van de bovenkant van de bandbreedte afwijkt dat deze als excessief is te beschouwen.
- 7.8. Verzoeker heeft tegen de heropening van het onderzoek bezwaar gemaakt, stellende dat de ziektekostenverzekeraar er kennelijk niet in was geslaagd zijn standpunt voldoende te

onderbouwen en dat het verzoek om die reden zou moeten worden toegewezen. De commissie volgt verzoeker hierin niet. De commissie heeft, gelijk een overheidsrechter, de mogelijkheid het onderzoek in een procedure te heropenen wanneer zij daartoe aanleiding ziet. Hierbij mag het onderzoek na heropening worden beperkt tot aanvullend onderzoek met betrekking tot een bepaald onderdeel van het geschil. Dat heropening van het onderzoek uitzonderlijk is, maakt het vorenstaande niet anders, of een heropening ongeoorloofd. Evenmin bestaat aanleiding om aan te nemen dat het verzoek zonder meer moet worden toegewezen.

- 7.9. In zijn brief van 18 augustus 2023, waarin de ziektekostenverzekeraar reageert op de brief van 25 juli 2023 van de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij alle declaraties ter zake uit 2021 heeft bekeken, dus van gecontracteerde en niet-gecontracteerde leveranciers. Van de nota's bleek 99,7% afkomstig van gecontracteerde leveranciers. De door hen gehanteerde tarieven lagen in 98% van de gevallen tussen € 737,12 en € 746,34. Voor het bepalen van de bovenkant van de bandbreedte heeft de ziektekostenverzekeraar laatstgenoemd bedrag verhoogd met 25%, hetgeen leidt tot een bedrag van € 932,92. De onderkant van de bandbreedte ligt volgens de ziektekostenverzekeraar op € 0,-. Bij de 0,3% van de nota's die afkomstig zijn van niet-gecontracteerde leveranciers betreft het 18 gevallen. Deze declaraties variëren van € 902,- tot € 15.800,-.
- 7.10. Verzoeker heeft de juistheid van de hiervoor uiteengezette methodiek bestreden, stellende dat de bandbreedte moet worden bepaald aan de hand van alle ontvangen declaraties, hetgeen in dit geval zou betekenen dat de bovenkant van de bandbreedte op € 15.800,- moet worden gesteld. De nota van € 3.489,35 zou dan zonder meer akkoord moeten worden bevonden. De commissie merkt op dat de door verzoeker voorgestane benadering niet juist is, in die zin dat uit de jurisprudentie blijkt dat de bandbreedte wordt gevormd door de tarieven die zorgaanbieders voor eenzelfde zorgvorm hanteren, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen. Voorts volgt uit de jurisprudentie dat een zogenoemd 'afkaptarief' mag worden gehanteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor niet gekozen, maar het lijkt redelijk te veronderstellen dat de door hem ontvangen declaratie van € 15.800,- zodanig uit de pas loopt dat deze in redelijkheid buiten de bandbreedte valt dan wel dat op voorhand vaststaat dat dit tarief voor een bed in speciale uitvoering met inbegrip van het daarvoor bestemde matras in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend is te achten.
- 7.11. Met betrekking tot de, in het kader van de eerste stap van de tweestappentoets, gehanteerde methodiek stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van de bovenkant van de bandbreedte de tarieven van de niet-gecontracteerde leveranciers feitelijk niet heeft betrokken. Daarmee is een - zij het zeer klein - deel van de relevante markt buiten beschouwing gelaten. Dit is in zoverre niet terecht dat het gegeven dat verzekerden om hen moverende redenen in overwegende mate de voorkeur geven aan gecontracteerde leveranciers niet ertoe mag leiden dat de relevante markt tot alleen die leveranciers wordt beperkt. Verzekerden die opteren voor een restitutiepolis en keuzevrijheid ten aanzien van de leverancier hebben wordt hiermee immers tekort gedaan. Binnen het andere - niet-gecontracteerde - deel van de relevante markt zal, omdat hierover niet wordt onderhandeld, in het algemeen sprake zijn van hogere tarieven, waarmee dan echter geen rekening wordt gehouden, enkel omdat deze in de praktijk minder vaak vóórkomen. Het hanteren van een opslag van 25% (op het vaakst gedeclareerde gecontracteerde tarief) komt hieraan niet zonder meer tegemoet. Dit geldt temeer nu de ziektekostenverzekeraar geen inzicht heeft gegeven in de hoogte van de declaraties van niet-gecontracteerde zorgaanbieders anders dan te stellen dat deze uiteenlopen van € 902,- tot € 15.800,-. Door aldus geen inzicht te verschaffen in de hoogte van alle declaraties van niet-gecontracteerde leveranciers en in de beoordeling welke declaraties de ziektekostenverzekeraar vanwege onredelijke verschillen niet bij de aldus bepaalde bandbreedte heeft meegenomen en waarom in die gevallen sprake is van onredelijke verschillen, heeft de ziektekostenverzekeraar niet aan zijn stelplicht voldaan. Er kan vervolgens, in het kader van de tweede stap, ook niet worden geconcludeerd dat de onderhavige declaratie voor het hoog/laag bed excessief is, uitsluitend omdat deze een veelvoud bedraagt van de - op de tarieven van de gecontracteerde leveranciers gebaseerde - door

de ziektekostenverzekeraar in dit geval vastgestelde bovenkant van de bandbreedte. De ziektekostenverzekeraar had hieraan tegemoet kunnen komen door, in reactie op de brief van de commissie van 25 juli 2023, toe te lichten hoe hij de eerder genoemde 18 declaraties de facto had betrokken bij het bepalen van de bandbreedte, en te onderbouwen of - en zo ja, waarom - er ten aanzien van declaraties die niet zijn betrokken sprake is van onredelijke verschillen, (de eerste stap) en daarnaast duidelijk te maken hoe hij de declaratie die in deze zaak in geschil is, individueel heeft beoordeeld in relatie tot die aldus bepaalde bandbreedte (de tweede stap). Nu hij dit heeft nagelaten is de ziektekostenverzekeraar er niet in geslaagd aannemelijk te maken dat het in de onderhavige kwestie aan de orde zijnde bedrag van € 3.489,35 voor een regulier hoog/laag bed in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend is te achten.

Slotsom

7.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker € 3.489,25 te vergoeden ter zake van het door hem aangeschafte hoog/laag bed;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- dient te vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 6 oktober 2023,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- (...)
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- (...)

Artikel 2.17

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel j, omvatten:

- a. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;
- b. anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;
- c. dekenbogen, bedhekken, bedrugsteunen en bedtafels;
- d. bedgalgen en hulpmiddelen voor het zelfstandig in en uit bed komen;
- e. glij- en rollakens;
- f. bedverkorters, -verlengers en -verhogers;
- g. ondersteken;
- h. bedbeschermende onderleggers, indien het verlies van bloed en exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen;
- i. infuusstandaarden.

2. De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid, kunnen ook worden aangewend als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid.

A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgverkenner te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2021, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2021 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2021. Houdt u hier rekening mee.

Let op!

Heeft u een restitutiepolis? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op!

Dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel [C.2.1 Wat wij vergoeden](#) leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel [4.2](#) genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of ZBC hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel [B.25 Plastische chirurgie](#), [B.26.1 Medische specialistische revalidatie](#), [B.27 Second Opinion](#), [B.30 Medisch specialistische zorg en verblijf](#), [B.32.1 IVF of ICSI](#) en [B.32.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen](#)) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Uitzondering hierop vormt de operatie voor prostaatkanker. Hiervoor geldt de selectieve contractering niet. U kunt terecht in alle ziekenhuizen die wij voor prostaatkankeroperaties gecontracteerd hebben.

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit de artikelen [4.3.1](#) en [4.3.2](#) niet. Het gaat om:

- spoedeisende zorg;
- verloskunde;
- behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
- behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing);
- zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
- behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel [A.15](#).

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op!

Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Zilveren Kruis afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

4.3.4 Restitutiepolis (Basis Exclusief)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij ons opvragen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachttijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet na komt

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

- b. niet-nagekomen afspraken;
- c. rapporten.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.3 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a. levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b. het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c. een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u vooraf onze toestemming vragen, behalve als het gaat om stoma-voorzieningen en/of katheters en toebehoren. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel [A.2.1 Recht op zorg](#).

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel [B.30](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a. de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b. advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden, eventuele toebehoren zoals teststrips, vingerprikstelsysteem met lancetten, vloeistof voor kwaliteitscontrole

Het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de apparatuur, het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen en het geven van adviezen aan de verzekerde over de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling maakt geen deel uit van deze aanspraak, maar valt onder de geneeskundige zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Bruikleen of eigendom	In bruikleen (toebereiden worden in eigendom verstrekt)	In eigendom
Toestemming nodig?	Nee, u kunt direct contact opnemen met de trombosedienst.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
Voorschrijver	Behandelend arts, trombosedienst of Nurse Practitioner (NP) / Verpleegkundig Specialist (VP) werkzaam in een ziekenhuis	
Gebruikstermijn	N.v.t.	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	U kunt contact opnemen met de trombosedienst.	U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen.
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de toebehoren die in eigendom worden verstrekt.	
Vergoeding	100%	Maximaal het wettelijk tarief of het marktconforme bedrag.

4.20 Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed

Artikel regeling: 2.6 sub j verder uitgewerkt in 2.17

Onder deze aanspraak vallen de volgende hulpmiddelen:

- Bed in speciale uitvoering, inclusief daarvoor bestemde matras
- Antidecubitusbed, -matras en -overtrek om decubitus te behandelen en voorkomen
- Dekenboog, bedhek, bedrugsteun, bedtafel
- Bedgalg en hulpmiddelen voor het zelfstandig in en uit bed komen
- Glij- en rollaken
- Bedverkort, -verlenger en -verhoger
- Ondersteek
- Bedbeschermende onderlegger, als het verlies van bloed en exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts kunnen worden ondervangen door een bedbeschermende onderlegger te gebruiken
- Infuusstandaard

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Bruikleen of eigendom	In bruikleen	In eigendom
Toestemming nodig?	• Nee, voor antidecubitusbed en -matras en bedbeschermende onderlegger kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig. • Voor de andere hierboven genoemde hulpmiddelen kunt u rechtstreeks contact opnemen met een gecontracteerde leverancier.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
Voorschrijver	Voor antidecubitusbed en -matras en bedbeschermende onderlegger: behandelend arts of BIG geregistreerde verpleegkundige. Voor de andere hierboven genoemde hulpmiddelen kunt u rechtstreeks contact opnemen met een gecontracteerde leverancier.	
Gebruikstermijn	Verzekerden van 1.50 meter en langer: n.v.t. Verzekerden korter dan 1.50 meter: minimaal 5 jaar (alleen van toepassing op het bed in speciale uitvoering (inclusief matras), het antidecubitusbed (inclusief matras en overtrek) en de bedverkort, - verlenger en -verhoger)	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft.	U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen.

	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	Nee	Ja, u bent eigen risico verschuldigd.
Vergoeding	100%	Maximaal het wettelijk tarief of het marktconforme bedrag.