

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, aangepaste stoel, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2013.01444  
Zittingsdatum : 6 november 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub e en 2.12 lid 1 sub b onder 3° Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Logica Extra en Tand Comfort Logica afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een aangepaste stoel (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 25 april 2013 medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een vergoeding ter hoogte van 80 percent van het marktconforme tarief van € 1.550,- te verlenen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een aanvullend bedrag van € 334,24 aan verzoeker te vergoeden.

3.4. Bij brief van 1 augustus 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
  - 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2013 aan verzoeker gezonden.
  - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
  - 3.8. Bij brief van 24 september 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 oktober 2013 (zaaknummer 2013117603) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld geen advies te kunnen geven, omdat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 oktober 2013 aan partijen gezonden.
  - 3.9. Verzoeker is op 6 november 2013 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.10. Bij brief van 7 november 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 november 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
    - 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar telefonisch geïnformeerd naar de vergoeding voor een aangepaste stoel. Hem werd verteld dat hij deze kon bestellen bij een gecontracteerde leverancier. Verzoeker heeft dit geprobeerd, maar de levertijd bleek enige maanden te belopen. Daarom heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd wat de hoogte van de vergoeding zou zijn indien hij de stoel bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou bestellen. Hem werd geantwoord dat in dat geval het marktconforme tarief wordt vergoed, maar men kon niet zeggen wat de hoogte van de vergoeding is.
    - 4.2. Verzoeker is naar een niet-gecontracteerde leverancier gegaan, en heeft deze een bedrag van € 2.750,-- voor de stoel betaald. De stoel kon snel geleverd worden. Nadat hij de rekening had gedeclareerd, werd vergoeding door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Verzoeker heeft hierop een klacht ingediend, waarna de ziektekostenverzekeraar hem mededeelde een bedrag van – 80 percent van – € 1.550,-- te vergoeden. Verzoeker vraagt zich af waarop laatstgenoemd bedrag is gebaseerd. Bij een niet-gecontracteerde leverancier kan hij de stoel namelijk niet voor deze prijs kopen. Hij verwacht niet dat dit bij een gecontracteerde leverancier anders is.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij telefonisch de prijs van de door hem aangeschafte stoel aan de ziektekostenverzekeraar heeft doorgegeven. Weer werd echter niet gezegd wat de precieze vergoeding zou zijn.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het marktconforme bedrag is het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar maximaal betaalt aan de door hem gecontracteerde leverancier, ongeacht de aanpassingen aan de stoel. Voor de levering van een aangepaste stoel aan een verzekerde die minder weegt dan 150 kg is dit € 1.550.--. In eerste instantie is een korting van 20 percent op dit bedrag toegepast. Aangezien verzoeker een restitutiepolis heeft, is dit echter ten onrechte gebeurd.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de klacht contact opgenomen met de gecontracteerde leverancier. Aldaar is geen aanvraag ontvangen voor een aangepaste stoel ten behoeve van verzoeker. Indien hij door de gecontracteerde leverancier is doorverwezen naar een andere leverancier, komt dit waarschijnlijk omdat een stoel met alleen een sta-op-functie is aangevraagd. Een dergelijke stoel komt niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

5.3. De levertijd voor een aan functiebeperkingen aangepaste stoel is afhankelijk van de individuele aanpassingen, en kan variëren tussen de twee en acht weken. Indien een langere levertijd wordt verwacht, levert de gecontracteerde leverancier een tijdelijke voorziening ter overbrugging.

5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de stoel die verzoeker heeft aangeschaft geen specifieke polstering, abductiebalk, arthrodese-zitting of pelottes voor zijwaartse steun heeft, zodat deze niet voldoet aan de voorwaarden voor een aangepaste stoel die ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed.

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

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

#### 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 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 met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 10 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving: functionerende hulpmiddelen, tevens indien nodig correctie, vervanging en/of herstel van hulpmiddelen, en verbandmiddelen opgenomen in de Regeling zorgverzekering danwel het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen. In afwijking van artikel 7 van de Algemene Voorwaarden verstrekt [naam ziektekostenverzekeraar] een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven welke hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] in bruikleen verstrekt.*

*Zorgverlening: overeenkomstig de voorwaarden zoals vermeld in de Regeling zorgverzekering danwel het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen. Voor hulpmiddelen die [naam ziektekostenverzekeraar] in bruikleen verstrekt dient de verzekerde zich te wenden tot een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener.*

*Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden danwel het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen. Voor de hulpmiddelen die [naam ziektekostenverzekeraar] in bruikleen verstrekt geldt aanspraak op zorg bij een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener. Indien de verzekerde een hulpmiddel dat [naam ziektekostenverzekeraar] heeft aangewezen als bruikleenhulpmiddel desondanks in eigendom wenst aan te schaffen of te huren van een niet-gecontracteerde zorgverlener kan een vergoeding van kosten worden verleend volgens het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen. Voor een aantal hulpmiddelen is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd. Zie het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen. (...)*

8.4. In het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

*“5.10.3 Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen van het veranderen en handhaven lichaamshouding*

*Omschrijving:*

*(...)*

*• aan functiegebepaling aangepaste stoelen voorzien van een of meer van de volgende functies of aanpassingen: specifieke polstering, abductiebalk, arthodesezitting, pelottes voor zijwaartse steun al dan niet in combinatie met een sta-op systeem.*

*\* de zorg is beperkt tot het in bruikleen verstrekken voor een beperkte periode of onzekere duur. (...)*

- 8.5. In artikel 7 lid 2 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*“ a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten;  
b De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, danwel – indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

- 8.6. De artikelen 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering en 10 van de ‘lijst van verstrekkingen’ van de zorgverzekering en het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen, zijn volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. De aanspraak op aan functiebeperking aangepaste stoelen is geregeld in artikel 2.6 sub 2 Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.12 Rzv.  
Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde die gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg, desalniettemin kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.8. 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. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding, en hij na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft besloten deze vergoeding te verhogen, staat niet (meer) ter discussie dat sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en dat verzoeker een indicatie heeft voor een aan zijn functiebeperking aangepaste stoel. Enkel de hoogte van het door de ziektekostenverzekeraar te vergoeden bedrag houdt partijen verdeeld.

- 9.2. Artikel 10 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt dat een aangepaste stoel wordt verstrekt in bruikleen door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier. Indien een verzekerde in afwijking hiervan kiest voor een aangepaste stoel in eigendom, geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier, wordt voor de hoogte van de vergoeding verwezen naar het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen. Hierin is echter geen bedrag terug te vinden, zodat dient te worden uitgegaan van de algemene regel, opgenomen in artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat bij zorg en diensten die zijn verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, aanspraak bestaat op het Wmg-tarief dan wel – bij ontbreken daarvan – maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij, voor een stoel ten behoeve van een verzekerde die minder weegt dan 150 kg, aan de door hem gecontracteerde zorgaanbieder een bedrag betaalt van € 1.550,--, ongeacht de aanpassingen en dat dit dus het marktconforme tarief is. Verzoeker verklaart dat hij voor dit bedrag bij geen enkele aanbieder de voor hem benodigde aangepaste stoel kan verkrijgen. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar en verzoeker opereren op twee verschillende markten. De ziektekostenverzekeraar kan, door contracten te sluiten die een grote groep verzekerden aangaan, een lagere prijs bedingen dan de prijs die van toepassing is in een individuele situatie. Bovendien contracteert de ziektekostenverzekeraar niet alle leveranciers maar met name degenen die kwalitatief goede hulpmiddelen kunnen leveren tegen een lage prijs. Omdat het gaat om verstrekking in bruikleen en met de gecontracteerde leverancier ook afspraken worden gemaakt over de vergoeding voor bijvoorbeeld reparatie, komt een lagere prijs tot stand. Het hoeft daarom geen verwondering te wekken dat verzoeker geen stoel kan kopen tegen het door de ziektekostenverzekeraar aan de gecontracteerde leveranciers aangeboden bedrag.
- 9.4. Aangezien het uitgangspunt is dat een verzekerde de onderhavige hulpmiddelenzorg betreft in bruikleen bij een gecontracteerde leverancier, is ook het marktconforme tarief dat op de markt waarop de ziektekostenverzekeraar opereert, leidend. Door de ziektekostenverzekeraar is voldoende aannemelijk gemaakt dat dit tarief € 1.550,-- bedraagt. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 9.5. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de levertijd bij de gecontracteerde leverancier te lang was, wordt overwogen dat verzoeker deze stelling op geen enkele wijze heeft onderbouwd. Bovendien is niet gebleken dat hij gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Verzoeker heeft voorts de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat als verzoeker de gecontracteerde leverancier zou hebben benaderd, hij deze had kunnen vragen om een tijdelijke voorziening te leveren, niet betwist.
- 9.6. Met betrekking tot de door verzoeker gevoerde telefoongesprekken met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar geldt dat is gebleken dat verzoeker ervan op de hoogte was dat hij bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak had op vergoeding van het marktconforme tarief, zodat hij rekening diende te houden met de mogelijkheid dat een deel van de kosten voor zijn rekening zou blijven. Hieromtrent zijn door de betreffende medewerkers geen onjuiste mededelingen gedaan, waardoor bij verzoeker het vertrouwen zou kunnen zijn gewekt dat hij een volledige vergoeding zou ontvangen.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de kosten van aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 december 2013,

Voorzitter