

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202303400

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de afspraken die hij heeft gemaakt met Mediq over de levering van de hulpmiddelen waarop verzekerde is aangewezen openbaar te maken. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat hij bij herhaling problemen heeft ervaren met de levering van diabeteshulpmiddelen ten behoeve van verzekerde. Door inzage te krijgen in de afspraken, wordt voor hem duidelijk bij wie hij terecht kan in geval van leveringsproblemen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat geen verplichting bestaat om dergelijke overeenkomsten openbaar te maken. Daarnaast heeft verzoeker hem voorafgaand aan deze procedure niet geïnformeerd over de ervaren leveringsproblemen en daarom kan de ziektekostenverzekeraar niet beoordelen of hij eventueel zijn zorgplicht heeft geschonden. Overigens bestaat ook binnen het kader van de zorgplicht geen specifieke verplichting om de gevraagde informatie te delen.
- 1.2. De commissie overweegt dat zij, op grond van de verzekeringsvoorwaarden en het toepasselijke reglement, alleen bevoegd is te beslissen in de rechtsverhouding tussen verzoeker - als verzekeringnemer bij de verzekering van verzekerde en diens wettelijk vertegenwoordiger - en de ziektekostenverzekeraar. Ten aanzien van de rechtsverhouding waarop de overeenkomst met Mediq ziet, te weten die tussen de ziektekostenverzekeraar en deze zorgaanbieder, is de commissie niet bevoegd. Om die reden kan de commissie geen uitspraak doen over de door verzoeker gewenste schriftelijke verklaring van Mediq over het leveren zonder vertraging, op straffe van een 'boete'.
Van schending van de zorgplicht kan in dit geval geen sprake zijn nu de ziektekostenverzekeraar, zoals door hem is gesteld en door verzoeker niet is weersproken, niet concreet is geïnformeerd over aard en omvang van de eventuele (leverings)problemen. De commissie ziet geen aanleiding om te bepalen dat de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en deze zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar openbaar gemaakt dient te worden. De commissie ziet voorts geen aanleiding om de ziektekostenverzekeraar te verplichten een schriftelijke verklaring af te geven waarin is opgenomen dat verzoeker niet direct van fraude wordt beschuldigd als een declaratie fout blijkt te zijn.
De commissie wijst het verzoek af.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft in een telefoongesprek op 29 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 februari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 9 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 april 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Op 25 mei 2024 heeft verzoeker aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 28 mei 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ComfortPakket en Tandarts Collectief (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft verder onbesproken.
- 3.2. Verzekerde heeft een chronische ziekte. Vanwege deze chronische ziekte maakt hij gebruik van hulpmiddelen. Deze hulpmiddelen worden afgenomen bij Mediq, een door de ziektekostenverzekeraar daartoe gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker heeft om specificaties gevraagd van een aantal facturen over 2023 en een specificatie van de kwartaallevering van 13 oktober 2023. Partijen hebben hierover per e-mail gecorrespondeerd.
- 3.3. Op 30 oktober 2023 heeft verzoeker een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Met zijn e-mailbericht van 5 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de afspraken die hij heeft gemaakt met Mediq over de levering van de hulpmiddelen waarop verzekerde is aangewezen openbaar te maken.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker in zijn e-mailbericht van 28 oktober 2023 aangevoerd dat het openbaar maken van deze afspraken de thans bestaande onduidelijkheid zal wegnemen. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar verklaard dat vaste (prijs)afspraken zijn gemaakt met Mediq, maar geeft hier geen inzage in. Verzoeker heeft hierdoor steeds discussies met de zorgaanbieder over de levering van de hulpmiddelen ten behoeve van verzekerde. Bestellingen worden door Mediq eenzijdig aangepast, waarbij deze stelt dat de hulpmiddelen volgens de ziektekostenverzekeraar niet of slechts gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.3. Bij brief van 25 mei 2024 heeft verzoeker toegelicht dat zijn klacht ziet op twee punten, namelijk de discussie die hij heeft met Mediq én de declaraties op het notaoverzicht van verzekerde.

Verzoeker heeft toegelicht dat de handelwijze van Mediq veel geld kost. Dit geldt niet alleen voor de capaciteit die wordt ingezet op zinledige discussies, maar ook voor de kosten van verzending. Zo heeft verzoeker op 12 april 2024 vijf dozen ontvangen op één dag. Deze vijf dozen zouden allemaal in één grote doos hebben gepast.

Volgens verzoeker komt de vermeende vaste prijsafpraak tussen de ziektekostenverzekeraar en Mediq niet overeen met de nota's en creditnota's die verzoeker heeft ontvangen. Op het overzicht van verzekerde verschijnen bedragen die eerst zijn ingediend door Mediq, vervolgens zijn goedgekeurd door CZ en daarna pas zijn gecrediteerd. Met een vaste prijsafpraak hadden deze bedragen nooit gedeclareerd mogen worden en niet door het acceptatieproces van de ziektekostenverzekeraar mogen komen. Het is onmogelijk om afwijkende declaraties 'blind' goed te keuren.

In zijn brief van 15 maart 2024 stelt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte dat duidelijkheid bestaat over de prijsafspraken. Deze stelling wordt door de ziektekostenverzekeraar ook niet onderbouwd.

Volgens verzoeker is het onbegrijpelijk dat er - in afwijking van de gemaakte prijsafspraken - kennelijk toch declaraties door Mediq worden ingestuurd en door de ziektekostenverzekeraar worden geaccepteerd. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar Mediq en andersom. Dit geeft geen duidelijkheid over de gang van zaken en roept daardoor vragen op over andere bedragen op het notaoverzicht van verzekerde.

Over het niet, minder of anders leveren van hulpmiddelen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard niets te weten. De ziektekostenverzekeraar heeft geen moeite gedaan hier helderheid over te krijgen. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald in zijn brief van 9 april 2024. Van de ziektekostenverzekeraar mag echter wel worden verwacht dat hij dit onderzoekt.

De door de ziektekostenverzekeraar gegeven argumenten voor het niet openbaar maken van de afspraken tussen hem en Mediq heeft verzoeker bestreden. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar noodzakelijke informatie niet verstrekt, zonder hiervoor valide argumenten aan te dragen.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat verzekerde twaalf jaar oud is en permanent diabeteshulpmiddelen nodig heeft. Verzoeker maakt zich zorgen dat verzekerde de benodigde hulpmiddelen niet kan krijgen. Ieder kwartaal worden hulpmiddelen besteld en hierbij ervaart verzoeker steeds problemen. Mediq levert niet, past de bestellingen aan, of er gaat iets mis. Als een bepaald hulpmiddel niet is geleverd, is dit volgens Mediq omdat de levering hiervan niet binnen de afspraken met de ziektekostenverzekeraar valt.
- Het is niet aan Mediq om te bepalen wat verzekerde nodig heeft. Als verzoeker iets bestelt, moet Mediq het leveren. Er kan iets misgaan met een bestelling, maar bij Mediq gaat het continue mis. Dit levert telkens strijd op met Mediq.
- Daarbij komt dat de bedragen van de declaraties van 2022 en 2023 niet kloppen. Verzoeker heeft een overzicht gemaakt van de declaraties die hij niet kan plaatsen. De bedragen van de declaraties komen niet overeen met de bestelling. Dit is niet transparant. Het verbaast verzoeker dat de declaraties niet kunnen worden gecontroleerd. Mediq werkt niet efficiënt en dit leidt tot de vraag of de declaraties wel juist zijn.
- Verzoeker wil inzage in de overeenkomst, zodat hij Mediq kan aanspreken als deze partij niet levert wat door hem is besteld.
- Over de leveringsproblemen heeft verzoeker zowel Mediq als de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd. Aan Mediq heeft verzoeker telkens e-mailberichten gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hij slechts sporadisch een e-mailbericht gezonden. Bij de ziektekostenverzekeraar leidt dit namelijk nergens toe. Als verzoeker de overeenkomst kan inzien, wordt duidelijk wat de gemaakte afspraken inhouden. In dat geval kan verzoeker Mediq daarop aanspreken. Op dit moment verwijzen Mediq en de ziektekostenverzekeraar echter naar elkaar. Verzoeker staat er tussen en moet steeds een klacht indienen. De klachten van verzoeker zijn voornamelijk gericht aan Mediq, maar Mediq verwijst hem naar de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft behoefte aan een schriftelijke verklaring van de ziektekostenverzekeraar waarin is opgenomen dat als een declaratie fout is, verzoeker niet gelijk van fraude wordt beschuldigd. Ook wenst hij een schriftelijke verklaring van Mediq dat zonder vertraging wordt geleverd, en dat als dat toch gebeurt, verzoeker per incident € 50,- aan zorgkosten kan declareren.

Verder heeft verzoeker verklaard open te staan voor een gesprek met de ziektekostenverzekeraar en Mediq.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij geen inzage geeft in de afspraken die zijn gemaakt met Mediq. Hij heeft in zijn e-mailbericht van 5 december 2023 toegelicht dat hij met de leveranciers die hij contracteert de gemaakte afspraken vastlegt in een overeenkomst. De ziektekostenverzekeraar monitort regelmatig of deze afspraken worden nageleefd. De afgesloten overeenkomsten zijn niet ter inzage voor verzekerden. Bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar toestemming gegeven om met zorgaanbieders overeenkomsten af te sluiten. Dit blijkt uit artikel A.19.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

5.2. In zijn brief van 9 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet de zorgplicht van de zorgverzekeraar ten opzichte van zijn verzekerden wordt uiteengezet. Zorgverzekeraars zijn verplicht om hun verzekerden te voorzien van prestaties in natura (onderdeel a) of de kosten van die prestaties te vergoeden (restitutie, onderdeel b). Deze verzekerde prestaties staan bekend als 'het verzekerde pakket'. Het recht op zorg is niet rechtstreeks afkomstig uit de wet, maar gebaseerd op de overeenkomst van zorgverzekering die wordt afgesloten met een zorgverzekeraar. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de 'Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - TH/BR-025' opgesteld. Hierin zijn beleidsregels vastgelegd die beschrijven hoe de NZa toezicht houdt op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars, met inachtneming van de verplichtingen en normen die zijn uiteengezet in de beleidsregels. Deze beleidsregels kunnen worden gebruikt om in specifieke gevallen te beoordelen en te bepalen of er mogelijk sprake is van schending van de zorgplicht.

Weliswaar betreft de ziektekostenverzekeraar te vernemen dat verzoeker leveringsproblemen ervaart, maar de exacte omvang hiervan is hem niet bekend. In de aanloop naar deze procedure is dit ook niet (concreet) aan bod gekomen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet bekend is met de aard en omvang van de leveringsproblemen, kan hij niet beoordelen of hij zijn zorgplicht heeft geschonden.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat verzoeker zich bij leveringsproblemen dient te wenden tot de zorgaanbieder. Indien dit niet leidt tot het gewenste resultaat, staat het verzoeker vrij contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. In dat geval kan de ziektekostenverzekeraar de zorgaanbieder zo nodig aanspreken op zijn verplichtingen of eventueel bemiddelen naar een andere zorgaanbieder.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat hij niet gehouden is inzage te geven in de afspraken die hij heeft gemaakt met Mediq. De overeenkomst bevat vertrouwelijke informatie, die de concurrentiepositie van de ziektekostenverzekeraar kan schaden. Daarnaast kan de complexiteit van de overeenkomsten tot verwarring of misinterpretatie leiden, omdat ze vaak juridische en technische termen bevatten die voor de gemiddelde verzekerde moeilijk te begrijpen zijn. Ook kan het verstrekken van deze informatie aanzienlijke administratieve lasten met zich brengen voor de ziektekostenverzekeraar, gelet op het feit dat het proces van het verzamelen, beoordelen en verstrekken van de overeenkomsten aan verzekerden zeer tijds- en arbeidsintensief is. Daarbij komt dat volledige inzage de onderhandelingspositie van de ziektekostenverzekeraar ten opzichte van zorgaanbieders kan verzwakken, omdat het openbaar maken van de details van de contractuele afspraken en tarieven zorgaanbieders in staat zou kunnen stellen om beter geïnformeerde beslissingen te nemen tijdens onderhandelingen. Verder kan het openbaar maken van deze informatie de bedrijfsbelangen van zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders schaden, omdat dit details kan onthullen over strategische afspraken, financiële regelingen en concurrentiegevoelige informatie die essentieel is voor het efficiënt functioneren van beide partijen. Verder hebben verzekerden geen direct belang bij inzage in de inhoud van de overeenkomsten tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieders, omdat deze contractuele afspraken doorgaans gericht zijn op zakelijke regelingen en procedures tussen

de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder, en zij niet direct betrekking hebben op de individuele zorgbehoeften of rechten van verzekerden.

Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat geen verplichting om individuele overeenkomsten tussen de ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieders openbaar te maken. Een dergelijke verplichting bestaat ook niet binnen het kader van de eerder beschreven zorgplicht. De benodigde informatie over de reikwijdte van de aanspraak, tarieven en vergoedingen kan worden verkregen via de website of de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar. Hiermee voldoet de ziektekostenverzekeraar ook aan zijn informatieplicht zoals vastgelegd in de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' van de NZa.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij een overeenkomst heeft met Mediq. Van schending van de zorgplicht is geen sprake en daarom hoeft geen inzage te worden gegeven in deze overeenkomst. De ziektekostenverzekeraar heeft benadrukt dat het bekendmaken van de inhoud van de overeenkomst zijn positie kan schaden. In de Zorgverzekeringswet is bepaald dat er marktwerking moet zijn en dit betekent dat er contractafspraken kunnen worden gemaakt, waardoor een concurrentiepositie ontstaat. Daarnaast kan nazorg bij vragen over de inhoud van de overeenkomst veel administratie met zich brengen. Er zullen vragen zijn die een juridisch karakter hebben en die kan een medewerker van de klantenservice niet beantwoorden. Mediq levert de hulpmiddelen die voor verzekerde nodig zijn. Mediq gaat over de doelmatigheid van deze hulpmiddelen. Als verzoeker ontevreden is over een levering van Mediq, zal hij daar in eerste instantie een klacht moeten indienen. Als dat niet tot het gewenste resultaat leidt, dan kan verzoeker een concrete klacht bij de ziektekostenverzekeraar indienen. Verzoeker moet een klacht indienen dat er een structureel probleem bestaat en dit probleem concreet formuleren. Tot nu toe is het steeds abstract geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft geen informatie over mogelijke leveringsproblemen. Dit is ook niet eerder aan de orde gekomen. Tot op heden is er voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding geweest om over eventuele problemen met Mediq in gesprek te gaan, omdat de problemen van verzoeker te weinig concreet zijn geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de wens voor een gesprek tussen Mediq, verzoeker en hem, en zal hierover intern beraad voeren.

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 A.22. 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 de zorgplicht van een zorgverzekeraar 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 zorgverzekering biedt dekking voor hulpmiddelenzorg. De aanspraak hierop is geregeld in artikel B.17. van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen. Dit is gebaseerd op de artikelen 2.9 Bzv en 2.6 e.v. Rzv. Verzekerde maakt gebruik van hulpmiddelen vanwege diabetes. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen, zodat hij aanspraak heeft op deze hulpmiddelen ten laste van de zorgverzekering. Tevens staat vast dat de zorgverzekering een zogenoemde naturaverzekering is, zodat verzekerde in beginsel gehouden is de hulpmiddelen af te nemen bij een daartoe door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

- 7.3. Verzoeker heeft gesteld dat hij problemen ervaart met de levering van de diabeteshulpmiddelen ten behoeve van verzekerde door de gecontracteerde zorgaanbieder Mediq. Deze leveringsproblemen en het feit dat Mediq en de ziektekostenverzekeraar naar elkaar verwijzen, zijn aanleiding voor zijn verzoek om inzage in de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en Mediq.
Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering en het toepasselijke reglement is de commissie alleen bevoegd te beslissen in de rechtsverhouding tussen verzoeker - als verzekeringnemer bij de verzekering van verzekerde en diens wettelijk vertegenwoordiger - en de ziektekostenverzekeraar. Ten aanzien van de rechtsverhouding waarop de overeenkomst met Mediq ziet, te weten die tussen de ziektekostenverzekeraar en deze zorgaanbieder, is de commissie niet bevoegd en de zorgaanbieder is in deze procedure ook geen partij. Om die reden kan de commissie geen uitspraak doen over het onderdeel van het verzoek dat ziet op de door verzoeker gewenste schriftelijke verklaring van Mediq dat de diabeteshulpmiddelen - op straffe van een 'boete' - zonder vertraging worden geleverd.
- 7.4. Waar het gaat om de rechtsverhouding tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker gesteld dat laatstgenoemde de op hem rustende zorgplicht van artikel 11 Zvw heeft geschonden. De commissie overweegt daaromtrent als volgt. De ziektekostenverzekeraar is, zoals door hem is gesteld en door verzoeker niet gemotiveerd is weersproken, niet concreet geïnformeerd over aard en omvang van de eventuele (leverings)problemen. Volgens verzoeker zou hij de ziektekostenverzekeraar sporadisch een e-mailbericht hebben gestuurd. Wanneer dit is gebeurd en wat er precies in die berichten stond, heeft verzoeker in de procedure niet duidelijk gemaakt. Het moet er daarom voor worden gehouden dat de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid is gesteld eventuele, door verzoeker ervaren concrete (leverings)problemen te verhelpen. Onder deze omstandigheden kan niet worden geoordeeld dat sprake is geweest van schending van de zorgplicht. De commissie ziet derhalve reeds daarom geen aanleiding om te bepalen dat de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en deze zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar openbaar gemaakt dient te worden nog daargelaten de vraag of de ziektekostenverzekeraar daartoe onder omstandigheden jegens een verzekerde al kan worden gehouden. Overigens merkt de commissie op dat zij er niet op voorhand van is overtuigd dat een dergelijke openbaarmaking verzoeker zou kunnen helpen indien er sprake zou zijn van (leverings)problemen.
Verder heeft de commissie er in dit verband goede nota van genomen dat partijen ter zitting het voornemen hebben uitgesproken een gesprek te organiseren om te bespreken waar verzoeker tegenaan loopt, waarbij dan ook Mediq aanwezig zal zijn.
- 7.5. Met betrekking tot hetgeen verzoeker heeft gesteld aangaande een schriftelijke verklaring van de ziektekostenverzekeraar waarin is opgenomen dat verzoeker niet direct van fraude wordt beschuldigd als een declaratie fout blijkt te zijn, overweegt de commissie dat zij geen aanleiding ziet de ziektekostenverzekeraar hiertoe te verplichten. Nu sprake is van een naturaverzekering zal veelal rechtstreeks door de zorgaanbieders worden gedeclareerd. Indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg of andere diensten valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar op voorhand afstand zou moeten doen van zijn recht ingediende declaraties te controleren, en - mocht dit aan de orde zijn - na te gaan of mogelijk sprake is van fraude.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 juli 2024,

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

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, 2.6, 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.

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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet.

Alle actuele informatie over de toetsing en beoordeling vindt u op www.znformulieren.nl onder Farmacie, dieetpreparaten.

Buiten de artsenverklaring is er ook altijd een mogelijkheid om een individuele akkoordverklaring aan te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:

- kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u heeft en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutssja's, rollators en aangepast eetgerei.
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoorbeeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
 - De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
 - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
 - Condooms;
 - Braces en bandages;
 - Epilepsie alarmering;
 - Redressiehelm.
- Meer informatie hierover vindt u in artikel D.4. Sommige hulpmiddelen die onder uw zorg-

verzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding.

Wij hebben dit in het Reglement Hulpmiddelen bij de betreffende hulpmiddelen aangegeven. Ook kunt u informatie vinden in artikel D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze website of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen heeft. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daarvoor begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.
- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, zien daarop toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling heeft u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze website. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17.5.
Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikoptervervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
 - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
 - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
 - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
 - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven