

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, elastische kousen, eigen risico, gecontracteerde leverancier, telefonische mededeling  
Zaaknummer : 201301125  
Zittingsdatum : 12 februari 2014

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De eerste leverancier hulpmiddelen heeft namens verzoekster bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op steunkousen (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft de kosten van de steunkousen, die niet werden geleverd, aan deze leverancier vergoed, en heeft bij verzoekster een bedrag van € 124,-- gevorderd ter zake van het verplichte eigen risico.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 13 maart en 22 mei 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 oktober 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het bedrag van € 124,-- ter zake van het verplichte eigen risico te laten vervallen en de nota van de tweede leverancier, die de steunkousen heeft geleverd, alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 januari 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 januari 2014 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 27 januari 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

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

4.1. Verzoekster ontving in 2011 via haar dermatoloog elastische kousen. De dermatoloog deelde haar mede dat ieder jaar aanspraak bestaat op deze kousen, en dat verzoekster na een jaar weer van haar zou vernemen. Omdat contact uitbleef, heeft verzoekster de zorgverzekeraar op 24 september 2012 geschreven. Daarbij heeft zij gevraagd naar de vergoeding. De zorgverzekeraar deelde haar mede dat zij aanspraak heeft op elastische kousen, en dat zij zich hiervoor kan wenden tot een gecontracteerde of een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, met de hierbij behorende voorwaarden. De zorgverzekeraar is niet ingegaan op de vraag van verzoekster of aflevering weer via de zelfde dermatoloog kon plaatsvinden.

4.2. Begin januari 2013 raadpleegde verzoekster de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders op de website van de zorgverzekeraar. Hierop stond de behandelend dermatoloog niet vermeld. Verzoekster stuurde de dermatoloog daarom een e-mailbericht met de vraag of zij wel of niet was gecontracteerd. De dermatoloog antwoordde dat zij het aanmeten van kousen had overgedragen aan de firma Kous & Ko, en dat deze een contract heeft met de zorgverzekeraar.

4.3. Op 14 januari 2013 had verzoekster een afspraak met Kous & Ko. De medewerkers kwamen te laat en hadden geen kousen bij zich. Wel werden de maten van verzoekster opgenomen, in aanwezigheid van de dermatoloog. Alles vond plaats in een kleine kamer. Omdat verzoekster moeite had met deze gang van zaken, heeft zij gekeken of Kous & Ko op de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders van de zorgverzekeraar stond vermeld. Dit was niet het geval. Verzoekster heeft daarop telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar, waarbij een medewerker haar vertelde dat Kous & Ko niet op de lijst stond van gecontracteerde zorgaanbieders. Zij raadde verzoekster aan naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

4.4. Verzoekster stuurde de behandelend dermatoloog een e-mailbericht met een verslag van de gang van zaken, en annuleerde de bestelling. De dermatoloog stuurde het e-mailbericht door aan Kous & Ko, die verzoekster antwoordde dat de kousen reeds waren besteld, en dat deze bestelling niet geannuleerd kon worden. Verzoekster vindt dit een vreemde gang van zaken.

4.5. Op 18 januari 2013 ontving verzoekster van de zorgverzekeraar een factuur voor het verplichte eigen risico. Deze was gebaseerd op een vergoeding die was verleend aan Kous & Ko ter zake van de gedeclareerde kousen. Verzoekster deelde de zorgverzekeraar mede de kousen niet te hebben afgenomen omdat Kous & Ko niet was gecontracteerd. Inmiddels had verzoekster de kousen afgenomen bij Heijnen Orthopedie B.V., welke zorgaanbieder wel op de lijst gecontracteerde zorgaanbieders voorkwam. Vergoeding van deze nota werd door de zorgverzekeraar afgewezen, omdat kort daarvoor kousen waren vergoed.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

5.1. De leverancier Kous & Ko is vanaf 1 juli 2012 door de zorgverzekeraar gecontracteerd. Hierover is verzoekster, gelet op de bij de zorgverzekeraar bekende gegevens, geïnformeerd. Kous & Ko was verder in januari 2013 vermeld op de lijst van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De kosten van de kousen worden conform de overeenkomst rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Hiervoor is in casu een bedrag vergoed van € 124,-, welk bedrag ten laste van het verplichte eigen risico komt. Dit bedrag is dan ook terecht van verzoekster gevorderd.

- 5.2. Verzoekster heeft gesteld dat haar tijdens een telefoongesprek is medegedeeld dat Kous & Ko niet is gecontracteerd. De zorgverzekeraar heeft echter geen telefonisch contact kunnen achterhalen waaruit deze mededeling blijkt.
- 5.3. Verzoekster heeft zelf ervoor gekozen de bestelling bij Kous & Ko te annuleren. De bestelling is echter gedaan op 11 januari 2013, terwijl de annulering plaatsvond op 15 januari 2013. Op dat moment kon de bestelling niet meer worden teruggedraaid.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het in rekening gebrachte verplichte eigen risico van € 124,- met betrekking tot de kosten van Kous & Ko te laten vervallen, en de kosten van de elastische kousen die zijn aangeschaft bij Heijnen Orthopedie B.V. alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B38 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*tV heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. [Naam zorgverzekeraar] heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft [naam zorgverzekeraar] in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen."*

- 8.4. In het Verzekeringsreglement van de zorgverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

*"Voorwaarden die gelden als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat:*

*Eigendom of bruikleen? Eigendom*

*Voorafgaande toestemming nodig? Nee; V kunt zich met de toelichting van de behandelend arts rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden\*\*\*.*

*Voorwaarden die gelden als u naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat:*

*Voorafgaande toestemming nodig? Ja*

*Toelichting van wie? Behandelend arts*

*Offerte van leverancier nodig? Ja*

*Gemiddelde gebruiksduur en gebruiksaantallen Therapeutisch elastische kousen:*

- bij één been: 2 stuks gedurende 12 maanden*
- bij beide benen: 2 paar gedurende 12 maanden*

*Aan- en uittrekhulp: 24 maanden*

*Overige hulpmiddelen: 5 jaar*

*Verplichte kwaliteits -en deskundigheidseisen leverancier*

*SEMH\* gecertificeerd in het kader van de erkenningsregeling ITherapeutisch Elastische Kousen'.*

*Vergoeding Op basis van offerte tot maximaal 60% van het tarief dat [naam zorgverzekeraar] gemiddeld voor deze hulpmiddelen heeft gecontracteerd."*

8.5. Artikel B8.1 regelt het eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"U heeft een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 15.*

*Let op*

*Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:*

*-- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),*

*-- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),*

*-- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,*

*-- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in artikel 830, bij het 7e streepje onder I Welke zorg', is verstrekt.*

*Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. (...)"*

8.6. De artikelen B8.1 en B19 van de zorgverzekering en het Verzekeringsreglement zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar je-gens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op onder andere elastische kousen is verder uitgewerkt in artikel 2.6 sub m Rzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

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 gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Niet in geschil is dat verzoekster aanspraak heeft op elastische kousen en dat de kosten hiervan ten laste van het verplicht eigen risico komen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of Kous & Ko de onderhavige kosten terecht bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd, aangezien verzoekster de bestelling heeft geannuleerd en zij de kousen niet heeft afgenomen. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. De commissie kan niet treden in de relatie tussen verzoekster en de leverancier dan wel in de relatie tussen de leverancier en de zorgverzekeraar. Zij kan derhalve niet beoordelen of de declaratie van Kous & Ko juist is geweest. Gelet op de zorgplicht is de zorgverzekeraar echter wel verplicht na te gaan of een declaratie van een gecontracteerde leverancier terecht is geweest. Aan deze verplichting heeft de zorgverzekeraar voldaan door met Kous & Ko contact op te nemen. Hierbij is gesproken over de gang van zaken zoals die bij verzoekster is gevolgd. Tijdens bedoeld contact is voldoende komen vast te staan dat een specifieke bestelling ten behoeve van verzoekster werd gedaan en dat deze, op het moment waarop zij de wil daartoe uitte, niet meer kon worden geannuleerd. Derhalve heeft de zorgverzekeraar terecht besloten de kousen te vergoeden aan de leverancier, en de kosten ten laste van het verplichte eigen risico van verzoekster te brengen.
- 9.3. Voor zover verzoekster stelt dat haar telefonisch de mededeling is gedaan dat Kous & Ko niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, geldt dat verzoekster het tegendeel via Kous & Ko en de behandelend dermatoloog heeft vernomen. Verder heeft verzoekster niet medegedeeld met wie zij heeft gesproken en op welk moment, en heeft zij haar stelling niet met stukken onderbouwd. Niet kan worden nagegaan welke vraag verzoekster heeft gesteld en welk antwoord zij hierop heeft gekregen. Deze stelling van verzoekster kan dan ook niet slagen.
- 9.4. Met betrekking tot het tweede deel van het verzoek, geldt dat op grond van het Verzekeringsreglement van de zorgverzekeraar sprake is van een gemiddelde gebruiksduur. Ten tijde van de bestelling bij Heijnen Orthopedie B.V. was deze gebruiksduur nog niet verstreken. Immers, kort voordien was de bestelling bij Kous & Ko geplaatst. Verzoekster heeft om die reden geen aanspraak op vergoeding van de door Heijnen Orthopedie B.V. geleverde elastische kousen.
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 februari 2014

Voorzitter