



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen
Zaak : Hulpmiddelenzorg, eigen risico, clusterprijzen, duimbrace
Zaaknummer : 201801042
Zittingsdatum : 3 april 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.9, 2. en 2.18 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv, 16 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010))

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een duimbrace (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is toegewezen. Verder heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij het eigen risico 2018 hiervoor aan hem is verschuldigd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 augustus 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 8 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het eigen risico 2018 in verband met de duimbrace (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 maart 2019 aan verzoeker gezonden.


- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 maart 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 26 maart 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 april 2019 gehoord.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft een duimbrace afgenomen van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft de zorgverzekeraar bij hem een bedrag van € 90,- in rekening gebracht in verband met het eigen risico 2018. Verzoeker merkt op dat aan hem een 'standaard' brace is geleverd en hij deze zelf (online) had kunnen aanschaffen voor de helft van de prijs. Verzoeker meent dat de (gecontracteerde) zorgaanbieder en/of de zorgverzekeraar hem had moeten informeren over dit prijsverschil, zodat hij ervoor had kunnen kiezen de brace niet bij de zorgaanbieder aan te schaffen. Doordat beide partijen dit hebben nagelaten, ondervindt verzoeker financieel nadeel.
- 4.2. Verzoeker begrijpt dat de zorgverzekeraar afspraken maakt met een gecontracteerde zorgaanbieder over de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg en service. In de onderhavige situatie is echter een 'standaard' product geleverd en was geen sprake van het aanmeten van de duimbrace of begeleiding en nazorg door de leverancier. De hogere prijs is dan ook niet te verklaren. Bovendien illustreert dit dat de marktwerking in de zorg een miskleun is, omdat het product blijkbaar goedkoper kan worden geleverd.
- 4.3. Verder wijst verzoeker op het bindend advies van 3 april 2013 (GcZ, 3 april 2013, SKGZ2012.01958), waarin de commissie in een vergelijkbare kwestie in het voordeel van de verzekerde heeft beslist.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij met deze procedure duidelijk wil maken dat de gang van zaken rondom de aanschaf van een duimbrace niet deugt en dat dit met name niet past bij de beoogde marktwerking in de zorg. De aan hem geleverde duimbrace kan namelijk online worden aangeschaft, echter tegen een lagere prijs. Hij meent dat van hem niet kan worden verwacht dat hij voorafgaand aan de aanschaf van de duimbrace informeert naar de prijs hiervan. Nu de commissie in een vergelijkbare kwestie de verzekerde in het gelijk heeft gesteld, heeft verzoeker besloten het geschil aan de commissie voor te leggen. In zijn optiek maakt het daarbij geen verschil dat hij een naturapolis heeft in plaats van een restitutiepolis. Overigens is hij er niet van overtuigd dat een en ander anders was gelopen als hij deze laatste polis wel had gehad. Verder heeft verzoeker het sterke vermoeden dat het ziekenhuis en de leverancier van de duimbrace nauw met elkaar zijn verweven en er tussen deze twee bedrijven commerciële belangen bestaan. Hiervoor heeft hij echter geen harde bewijzen.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar


-  5.1. Verzoeker heeft een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier bezocht en deze heeft aan hem een duimbrace verstrekt. Voor het leveren van hulpmiddelen heeft de zorgverzekeraar met de leverancier bepaalde clusterprijzen afgesproken. Dit zijn gemiddelde prijzen waarin ook alle kosten zijn verrekend zoals het aanmeten van het hulpmiddel, instructie hierover, het afleveren en de service na aflevering. De clusters zijn ingedeeld naar de verschillende soorten hulpmiddelen en voor ieder cluster is een prijs afgesproken met de leverancier. Daarbij is niet alleen gekeken naar de scherpste prijs, maar ook naar de dienstverlening die een leverancier kan bieden. Ook wordt gekeken naar alle verzekerden, waardoor het afspreken van clusterprijzen per saldo voordeliger is. Omdat het gaat om gemiddelde prijzen kan het in sommige situaties voorkomen dat een verzekerde - zoals verzoeker - het hulpmiddel elders goedkoper kan aanschaffen. Daar staat tegenover dat dit in andere situaties niet het geval zal zijn.
-  5.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de commissie in het bindend advies van 3 april 2013 (Gcz, 3 april 2013, SKGZ2012.01958) in een vergelijkbare situatie in het voordeel van de verzekerde heeft beslist. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen sprake is van een vergelijkbare situatie, omdat de betreffende verzekerde in die procedure een restitutiepolis had. Voor een dergelijke polis is een verzekerde een hogere premie verschuldigd, maar daar staat tegenover dat hij een bepaalde keuzevrijheid heeft in zorgaanbieders en dat hij recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg. Afhankelijk van de kosten die in rekening worden gebracht, kan de vergoeding lager of hoger uitvallen dan het afgesproken tarief.
-  5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten herhaald.
-  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 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
-  6.2. De commissie is niet bevoegd een oordeel te geven over het handelen van de zorgaanbieder en dus ook niet met betrekking tot het bestaan en de reikwijdte van de informatieplicht die hij jegens consumenten heeft.

 7. Het geschil

-  7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden af te zien van het in rekening brengen van het eigen risico 2018 bij verzoeker in verband met de aflevering van een duimbrace.

 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 38 van de zorgverzekering.
-  8.3. Artikel 35 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

(...)

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

(...)

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. (...)"

- 8.4. In het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de zorgverzekeraar is de aanspraak op hulpmiddelenzorg nader uitgewerkt. Op pagina 11 van het aangehaalde reglement is de aanspraak op uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem beschreven. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen ter correctie van gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging toe te passen bij een ernstige aandoening waarop de verzekerde permanent en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen, zoals:

Omschrijving hulpmiddel

uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor de ledematen of romp met correctie-, redressie- of immobilisatie functionaliteit

Eigendom/bruikleen

Eigendom

(...)

Bijzonderheden

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) een hulp middel als dit hulpmiddel noodzakelijk is bij een ernstige aandoening en waarbij u permanent bent aangewezen op dit hulpmiddel. U hebt geen recht op een hulpmiddel als u dit hulpmiddel alleen of hoofdzakelijk gebruikt bij het sporten. (...)"

- 8.5. In artikel 1.3 van de zorgverzekering is de zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder beschreven. Dit artikel luidt:

"De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar voor de betreffende zorg een overeenkomst heeft gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

VGZ maakt met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen."

- 8.6. In artikel 7 van de zorgverzekering zijn bepalingen opgenomen ten aanzien van de hoogte van het verplicht eigen risico en is geregeld voor welke zorgvormen dit geldt. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening.

(...)

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

(...)

- hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 35, Hulpmiddelen en verbandmiddelen; (...)"

- 8.7. De artikelen 1.3, 7 en 35 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem is nader uitgewerkt in de artikelen 2.6, onderdeel e, en 2.12 Rzv. Het eigen risico is geregeld in de artikelen 2. en 2.18 Bzv.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de 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. De commissie stelt vast dat een duimbrace - in het kader van hulpmiddelenzorg - een verzekerde prestatie is, waarop verzoeker aanspraak heeft ten laste van de zorgverzekering. Verder staat vast dat hulpmiddelenzorg niet is uitgesloten van het eigen risico, behalve als het hulpmiddel in bruikleen wordt verstrekt. Dit laatste is niet aan de orde. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is (i) de hoogte van het in rekening gebrachte eigen risico 2018 en (ii) de vraag of de zorgverzekeraar verzoeker juist en volledig heeft geïnformeerd.


Het eigen risico 2018

- 9.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de zorgverzekeraar met de gecontracteerde leverancier voor hulpmiddelenzorg zodanige prijsafspraken heeft gemaakt, dat de aanschaf van een duimbrace bij deze leverancier in zijn situatie veel duurder uitvalt dan wanneer hij de duimbrace zelf had aangeschaft, bijvoorbeeld via internet. Door de zorgverzekeraar is erkend dat de kosten van de duimbrace in de specifieke situatie van verzoeker hoger uitvallen. Hij heeft toegelicht dat dit te verklaren is doordat clusterprijzen worden gehanteerd voor de vergoeding van braces, hetgeen ertoe kan leiden dat een verzekerde hiervan in het ene geval een financieel voordeel ondervindt en in het andere geval niet.
- De commissie stelt vast dat verzoeker een naturapolis heeft. Op grond van deze polis is verzoeker in beginsel aangewezen op het door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbod en kan hij - onder bepaalde voorwaarden - aanspraak maken op de zorg en diensten die deze zorgaanbieders leveren. In het kader van het naturakarakter van de verzekering staat het de zorgverzekeraar vrij afspraken te maken met de zorgaanbieders over bijvoorbeeld de kwaliteit en de prijs van de zorg en diensten. In het onderhavige geval heeft de zorgverzekeraar hier vorm aan gegeven door clusterprijzen af te spreken voor de levering van braces. Daarbij is een vaste prijs afgesproken die is gebaseerd op de gemiddelde prijs van de levering. Deze prijs kan in sommige situaties lager of hoger uitvallen dan de daadwerkelijke kosten die gepaard gaan met het aanmeten, de service en de levering van braces. Indien verzoeker de duimbrace afneemt bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder geldt de prijs die de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zijn overeengekomen.
- 9.3. Verzoeker had ervoor kunnen kiezen een restitutiepolis af te sluiten. Voor deze polis is een hogere premie verschuldigd, maar daar staat tegenover dat verzoeker op grond van deze polis zelf kan kiezen tot welke zorgaanbieder hij zich wendt en dat hij recht heeft op vergoeding van de (daadwerkelijke) kosten van de levering van een duimbrace. Daarbij geldt overigens nog steeds dat verzoeker het wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd zou zijn. Dat is immers gelijk voor alle zorgverzekeringen. Dit betekent dat bij verzoeker - naast de hogere premie - ook het eigen risico in rekening zou zijn gebracht, zodat geenszins vaststaat dat dit voor verzoeker een financieel voordeel zou opleveren.
- Overigens staat het verzoeker vrij - ongeacht de polis die hij afsluit - de duimbrace aan te schaffen en de kosten hiervan voor eigen rekening te nemen.
- 9.4. Ten aanzien van hetgeen verzoeker heeft gesteld over de marktwerking in de zorg constateert de commissie dat de kosten op macroniveau kennelijk lager uitvallen, waardoor de premie voor een naturapolis lager kan zijn dan die voor een restitutiepolis.
- 9.5. De verwijzing van verzoeker naar het bindend advies van de commissie van 3 april 2013 treft geen doel. Anders dan in de onderhavige situatie had de betrokken verzekerde een restitutiepolis afgesloten. Op grond van een restitutiepolis is een verzekerde niet gebonden aan de prijsafspraken tussen de zorgverzekeraar en de gecontracteerde zorgaanbieder, maar heeft hij recht op de vergoeding van de daadwerkelijke kosten voor zover deze in Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. In de betreffende situatie werd de betrokken verzekerde echter toch geconfronteerd met de gecontracteerde prijzen, hetgeen in zijn geval financieel nadelig uitviel. De commissie besliste dat dit - gelet op het karakter van de restitutiepolis - niet was toegestaan en dat moest worden uitgegaan van de lagere (winkel)prijs die op de door de verzekerde ter declaratie in te dienen nota had moeten staan.



Informatieplicht


- 
- 9.6. Op grond van artikel 16 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is de zorgverzekeraar verplicht desgevraagd informatie aan verzoeker te verstrekken over de financiële gevolgen van een (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een zorgaanbieder, zodat hij deze gevolgen kan overzien.



De commissie stelt vast dat niet is gebleken dat verzoeker voorafgaand aan de levering van de duimbrace contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar hierover, zodat laatstgenoemde niet verplicht was verzoeker te informeren. Dit betekent dat de zorgverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker niet heeft geschonden.




Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie beslist dat de zorgverzekeraar het eigen risico 2018, in verband met de aflevering van een duimbrace, overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden bij verzoeker in rekening heeft gebracht. De zorgverzekeraar is niet gehouden het in rekening gebrachte bedrag te verlagen.



Zeist, april 2019,



L. Ritzema