



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201400532
Zittingsdatum : 3 september 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub c en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

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

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tandzorg Primair afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Alle hiervoor 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 hoortoestel ten bedrage van € 1.034,-- (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 24 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 30 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat door de gecontracteerde leverancier per abuis een onjuiste nota is verstuurd. De kosten van het aangeschafte hoortoestel bedragen namelijk € 1.125,-- en de ziektekostenverzekeraar zal hiervan 75 percent vergoeden. De overige 25 percent geldt als wettelijke eigen bijdrage.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier heeft besloten het door verzending van een onjuiste nota ontstane verschil in de wettelijke eigen bijdrage, ten bedrage van € 22,75, aan verzoeker te vergoeden.

3.4. Bij brief van 13 mei 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota ten bedrage van € 1.125,-- te laten vervallen en 75 percent van € 1.034,-- te vergoederten laste van de zorgverzekering (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 23 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juni 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 27 juni en 15 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014082722) de commissie medegedeeld niet bevoegd te zijn een advies uit brengen aangezien het geschil geen betrekking heeft op de vraag of het hoortoestel een verzekerde prestatie is of dat verzoeker hiervoor geïndiceerd is. Een afschrift van bedoelde brief is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 12 augustus 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 september 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier een hoortoestel aangeschaft. Tussen verzoeker en de leverancier is een tarief overeengekomen van € 1.034,--. De leverancier heeft verzoeker een nota meegegeven waarna verzoeker deze ter declaratie heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft de gedeclareerde nota afgewezen omdat de audicien de nota rechtstreeks had moeten declareren. Na dit bericht heeft verzoeker contact opgenomen met de audicien, waarna is gebleken dat de audicien per abuis een te laag bedrag heeft gedeclareerd. Tussen de ziektekostenverzekeraar en de audicien is voor hetzelfde hoortoestel een tarief van € 1.125,-- afgesproken.
- 4.2. Verzoeker bestrijdt dat na de correctie ineens het hogere tarief wordt gehanteerd. Tussen verzoeker en de audicien is immers een lager tarief afgesproken. Dat tussen de audicien en de ziektekostenverzekeraar een ander tarief is overeengekomen mag zo zijn, maar verzoeker was niet en kon niet op de hoogte zijn van deze afspraken. Daarnaast staat in de verzekeringsvoorwaarden niet dat een nota niet door de verzekerde kan worden ingediend. Gelet op het voorgaande is verzoeker van mening dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door hem ingediende declaratie ten bedrage van € 1.034,-- voor 75 percent te vergoeden en de nota van € 1.125,-- te laten vervallen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker verwezen naar zijn brief van 17 februari 2014 waarin zijn standpunt duidelijk is verwoord. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar niet mag beslissing dat de nota zonder aanleiding € 91,-- hoger moet zijn. Verzoeker verzoekt de commissie dan ook uit te spreken dat de ziektekostenverzekeraar onjuist heeft gehandeld, en alles weer terug moet draaien.
- 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. Verzoeker heeft bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier een hoortoestel aangeschaft. Op dat moment behoort de audicien na te gaan waar de klant is verzekerd om te bekijken wat de vergoeding is en of de declaratie rechtstreeks kan worden ingediend. In het onderhavige geval is de audicien ervan uitgegaan dat verzoeker bij een andere zorgverzekeraar was verzekerd, waarmee de audicien geen contract heeft. Derhalve heeft verzoeker een nota ontvangen die hij vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie heeft ingediend. Omdat declaraties als de onderhavige rechtstreeks door de zorgaanbieders dienen te worden gedeclareerd is de betreffende declaratie afgewezen.
- 5.2. In de afwijzende brief is aan verzoeker het advies gegeven contact op te nemen met zijn audicien, hetgeen is gebeurd. Dat heeft ertoe geleid dat de nota van € 1.034,-- is komen te vervallen en dat de audicien een nieuwe nota heeft gemaakt ten bedrage van € 1.125,--. Van dit bedrag zal de ziektekostenverzekeraar 75 percent vergoeden.

- 5.3. De overige 25 percent betreft de wettelijke eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage dient verzoeker aan de gecontracteerde leverancier te voldoen. De leverancier heeft dienaangaande voorgesteld het verschil dat is ontstaan door de onjuiste nota, ten bedrage van € 22,75, te vergoeden. Indien deze vergoeding wordt verleend, heeft verzoeker geen schade geleden.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het geschil is ontstaan door een misverstand bij de zorgverlener over de juiste risicodrager. Daarom is de nota in eerste instantie aan verzoeker gestuurd. Later is dit gecorrigeerd en is de nota rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 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 10 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 verzoeker een vergoeding op basis van 75 percent van € 1.034,- te verlenen, 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

*U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen [naam gevolmachtigde] hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen [naam gevolmachtigde] opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.
(...)"*

- 8.3. Het Reglement Hulpmiddelen [naam gevolmachtigde] regelt met betrekking tot hoortoestellen het volgende:

"Omschrijving hulpmiddel: Hoortoestellen

Eigendom/buikleen: Eigendom

Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: StAr geregistreerd audicien en keurmerk "De Audicien"

Verwijzing door: Vanaf 16 jaar: audiologisch centrum of kno-arts of via een gecontracteerd triage-audicien

Jonger dan 16 jaar: audiologisch centrum

Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet. Als uw hulpmiddel gerepareerd of vervangen moet worden kunt u bij de zorgaanbieder terecht.

Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder: U moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.

Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden: Eigen bijdrage: U bent een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten.

Gebruikstermijn: U kunt uw hoortoestel minimaal 5 jaar gebruiken. Moet uw hoortoestel binnen 5 jaar vervangen worden, dan hebt u een verwijzing nodig van het audiologisch centrum. U hebt 24 maanden garantie op het hoortoestel en 6 maanden op reparaties.

Bijzonderheden: U hebt recht op vergoeding als uw gehoorverlies minimaal 35 dB is.

Deels implanteerbare hoortoestellen worden alleen vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg."

- 8.4. Artikel 33 van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen [naam gevolmachtigde] zijn volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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 hoortoestellen is geregeld in artikel 2.6 sub c en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv.
- 8.6. 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

- 9.1. Verzoeker is tegen ziektekosten verzekerd via de gevolmachtigde. Uit de stukken blijkt dat de risicodragers met ingang van 1 januari 2013 is gewijzigd en dat de ziektekostenverzekeraar sindsdien als zodanig optreedt. De zorgverzekering van verzoeker betreft een naturapolis, zodat hij is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Verzoeker heeft zich, conform de verzekeringsvoorwaarden, voor de aanschaf van een hoortoestel gewend tot een gecontracteerde leverancier. Uit de stukken blijkt dat de betreffende leverancier in eerste instantie per abuis het tarief heeft gehanteerd dat was afgesproken met de vroegere risicodragers. Nadat verzoeker hierover heeft gereclameerd, is door de leverancier het tussen hem en de gevolmachtigde afgesproken tarief van € 1.125,- bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Van dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar 75 procent aan de leverancier vergoed. De overige 25 procent betreft een wettelijk verschuldigde eigen bijdrage.
- 9.2. Ten aanzien van deze wettelijk verschuldigde eigen bijdrage van 25 procent stelt de commissie vast dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker deze eigen bijdrage dient te voldoen. Verder constateert de commissie dat van de aanvankelijke nota € 258,50 (25% x € 1.034,-) voor rekening van verzoeker zou blijven, en van de gecorrigeerde nota € 281,25 (25% x € 1.125,-). Het verschil bedraagt € 22,75 (€ 281,25 - € 258,50) en door de leverancier is reeds toegezegd dat dit bedrag wordt vergoed. Verzoeker heeft daarom geen belang meer bij een bindend advies hieromtrent. Het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar met hogere kosten wordt geconfronteerd doordat hij de gecontracteerde leverancier heeft toegestaan een hogere nota in te dienen, regardeert verzoeker niet. Dit zou slechts anders zijn indien hierdoor een groter deel van het eigen risico moet worden aangesproken, doch zulks is door verzoeker niet gesteld.

Conclusie

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

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 17 september 2014,












 Voorzitter