

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, massagestoel, premie
Zaaknummer : 2009.00020
Zittingsdatum : 23 september 2009

Zaak: 2009.00020 (Hulpmiddelenzorg, massagestoel, premie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11,16 en 18a Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 e.v. Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 9 oktober 2008 de aanvraag voor een massagestoel af te wijzen. Daarnaast bestrijdt verzoeker het bestaan van een betalingsachterstand.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw) en een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De huisarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "chronisch pijnsyndroom, fibromyalgie". De huisarts heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een massagestoel ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 december 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 24 april 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering. (hierna: het verzoek). Tevens heeft hij het bestaan van een betalingsachterstand bestreden.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 10 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 24 juli 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 augustus 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor het gevraagde. Een afschrift van het CVZ-advies is met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 24 september 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 29 september 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij is aangewezen op fysiotherapie. Vanwege de bestaande aandoeningen heeft hij een massagestoel nodig, hetgeen door zijn huisarts, blijkens de aanvraag voor het hulpmiddel, wordt onderschreven. Bij gebruik van de massagestoel zal hij minder vaak naar de fysiotherapeut hoeven. Volgens verzoeker is hem tijdens de zorgverzekeraar op 7 augustus 2008 telefonisch toegezegd dat hij voor het hulpmiddel in aanmerking komt. Hij heeft de massagestoel daarom op 11 september 2008 aangeschaft. Volgens verzoeker heeft de behandeling van zijn aanvraag erg lang geduurd.
- 4.2. Met betrekking tot de betalingsachterstand geeft verzoeker aan dat hij onterecht wordt beschuldigd van nog openstaande facturen. Vanwege de gang van zaken heeft hij de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2009 willen beëindigen, maar zijn opzegging werd door de zorgverzekeraar niet geaccepteerd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in eerste instantie is toegezegd dat een massagestoel zou worden vergoed. Hij heeft ook nog een verklaring van een arts opgestuurd, maar dit mocht niet baten. De zorgverzekeraar heeft niet gereageerd op het verzoek van verzoeker om een gespecificeerd overzicht van de te betalen bedragen. In een latere fase is dit wel ge-

beurd, maar het overzicht van de zorgverzekeraar is niet in overeenstemming met dat van verzoeker.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, onder verwijzing naar de polisvoorwaarden en de onderliggende regelgeving, dat een massagestoel niet tot verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoort.

5.2. Waar het gaat om het telefoongesprek op 7 augustus 2008 blijkt uit de registratie daarvan dat op de vraag van verzoeker of een stoel met trilfunctie vergoed wordt, ontkennend is geantwoord. Desgevraagd is verzoeker wel een "aanvraagformulier machtiging" gezonden, doch daaruit kan geen (impliciete) toestemming worden afgeleid. Met de behandeling van de ingediende aanvraag is overigens niet veel tijd gemoeid geweest. Het formulier werd op 16 september 2008 ontvangen en de afwijzing dateert van 9 oktober 2008.

5.3. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde opstelling kan worden geconcludeerd dat een te betalen bedrag van € 437,84 open staat, exclusief incassokosten. In verband hiermee werd de aanvullende ziektekostenverzekering in de loop van het jaar 2008 beëindigd. Hoewel de opzegging niet hoefde te worden geaccepteerd is ook de zorgverzekering beëindigd en wel met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de bedragen die nog openstaan de premie van juni 2008 betreft, en enkele bedragen aan eigen risico.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker in aanmerking komt voor een massagestoel ten laste van de zorgverzekering. Tevens is de commissie gevraagd uitspraak te doen over de bestreden betalingsachterstand.

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel aanspraak kan maken op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 38 van de zorgverzekering. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 33 Hulpmiddelenzorg

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van die zorg. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Daarbij kan ook worden bepaald dat de verzekerde, in plaats van de vergoeding van de kosten, aanspraak heeft op de verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen. Voor de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008.

(...)”

In het ‘Reglement hulpmiddelen 2008’ wordt de massagestoel niet als zodanig genoemd. Wel is in artikel 4.31 een bepaling opgenomen betreffende inrichtingselementen van woningen, waaronder mede worden verstaan aangepaste stoelen.

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 77 van de zorgverzekering een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 e.v. van de Regeling zorgverzekering (Rzv).
De verplichting tot premiebetaling ligt vast in artikel 16 Zvw; het verplichte eigen risico ad € 150,- per kalenderjaar is geregeld in artikel 18a Zvw.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vast dat de massagestoel noch in het ‘Reglement hulpmiddelen 2008’ van de zorgverzekeraar, noch in de Rzv is opgenomen. Het ‘Reglement hulpmiddelen 2008’ noemt wel aangepaste stoelen, doch hieronder moeten blijkens artikel 2.33 lid 1 sub b Rzv worden verstaan: “Aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, indien sprake is van problemen bij het zitten, gaan zitten of het opstaan, niet kan worden volstaan met een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen en niet uitsluitend sprake is van vetzucht, reuzen- of dwerggroei, waarbij de stoelen zijn voorzien van een of meer van de volgende functies of aanpassingen...”. Hierna worden enkele functies en aanpassingen genoemd die in dit geval niet aan de orde zijn. De commissie concludeert dat de door verzoeker aangeschafte massagestoel niet is te beschouwen als een aangepaste stoel in de zin van het ‘Reglement hulpmiddelen 2008’ of de Rzv.

- 7.7. Met betrekking tot de gestelde telefonische toezegging stelt de commissie vast dat door verzoeker niet, althans onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat een dergelijke toezegging is gedaan. Uit de gang van zaken na het telefoongesprek blijkt veeleer het tegendeel. Zo is door verzoeker aansluitend op dit telefoongesprek een “aanvraag machtiging” ingestuurd. Duidelijk was dat op deze aanvraag een beslissing zou volgen. Verzoeker heeft deze beslissing evenwel niet afgewacht, maar heeft op 11 september 2008 de massagestoel aangeschaft. De afwijzing volgde kort nadien, op 8 oktober 2008. Door aldus te handelen heeft verzoeker het risico aanvaard dat de aanschafkosten voor zijn rekening zouden blijven.
- 7.8. Ten aanzien van de betalingsachterstand constateert de commissie dat door de zorgverzekeraar een gedetailleerde opstelling is overgelegd waaruit blijkt dat de premie over de maand juni 2008 ad € 247,-- niet is voldaan, alsmede een aantal andere bedragen (ad € 91,38, € 47,27 € 29,79 en € 22,40), welke ten laste van het verplichte eigen risico van de onderscheiden verzekerden komen. Verzoeker heeft van zijn kant geen enkel bewijs geleverd van het tegendeel, maar enkel de stelling betrokken dat geen bedragen meer openstaan. Deze stelling dient naar het oordeel van de commissie wegens een gebrek aan enige onderbouwing te worden gepasseerd.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2009,

Voorzitter