

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelen, hoortoestel, no-claimteruggave
Zaaknummer : ANO07.182
Zittingsdatum : 20 juni 2007

Zaak: ANO07.182, hulpmiddelen, hoortoestel, no-claimteruggave

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10, 11 en 22 Zvw, 2.9, 2.18 en 2.19 Bzv, 2.6 lid 1 onder g, 2.14 en bijlage 3 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 12 juni 2006 inzake de vaststelling van de no-claimteruggave over 2006. Primair meent hij evenwel dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een hoortoestel.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering 2006, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast heeft hij een aanvullende verzekering gesloten.
- 3.2. Bij brief van 12 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat, naar aanleiding van een ziekenhuisnota ad € 318,00, de no-claimteruggave over 2006 op € 0,00 was gesteld.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 2 december 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is eerder genoemde ziekenhuisnota bij de vaststelling van de no-claimteruggave over 2006 buiten beschouwing te laten. Ter zitting voegt hij hier aan toe dat hij akkoord kan gaan met de vastgestelde no-claimteruggave indien de zorgverzekeraar de kosten van het door hem aangeschafte hoortoestel vergoedt.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 17 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 22 januari 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 20 juni 2007 telefonisch gehoord.
- 3.10. In verband met de wijziging van het verzoek ter zitting, heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen met brief van 2 juli 2007 advies gevraagd, een en ander overeenkomstig artikel 114 van de Zvw. Het college heeft op 31 juli 2007 zijn advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 6 augustus 2007 aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker kampt met de Ziekte van Menière en is aangewezen op een hoortoestel. Omdat hij over de vergoeding van hoortoestellen verschillende berichten ontving, onder andere van de kant van de leverancier, heeft hij hierover bij drie gelegenheden telefonisch contact gehad met vijf verschillende medewerkers van de zorgverzekeraar. Hem werd medegedeeld dat de betreffende kosten zouden worden vergoed tot een bedrag van € 476,00 indien hij door de huisarts zou worden doorverwezen naar een KNO-arts en deze laatste een audiogram zou vervaardigen. Nadien bleek echter dat (toch) niet aan de indicatie-eisen voor het hulpmiddel was voldaan. Verzoeker concludeert dat hij door de verkeerde telefonische informatie van de zijde van de zorgverzekeraar is geconfronteerd met kosten van geneeskundige zorg, in de vorm van een consult bij de KNO-arts en een audiologisch onderzoek, en dat hij hierdoor zijn no-claimteruggave over 2006 is kwijtgeraakt. Volgens zijn verklaring heeft hij in 2006 geen andere medische kosten gehad.
- 4.2. Verzoeker merkt op dat het bedrag van de no-claimteruggave voor hem aanzienlijk is, aangezien hij zijn baan heeft verloren. Verder tekent hij aan dat hij al bij een specialist en een audiologisch centrum was geweest.
- 4.3. Tijdens de hoorzitting op 20 juni 2007 verklaart verzoeker dat hij kan instemmen met de berekende no-claimteruggave indien de zorgverzekeraar de kosten van het hoortoestel alsnog vergoedt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden en het door hem gehanteerde reglement, op het standpunt dat sprake dient te zijn van een drempelverlies van het audiogram van het beste oor van ten minste 35 dB, wil er aanspraak bestaan op een hoortoestel. Teneinde dit te kunnen beoordelen is een bezoek aan de KNO-arts en/of een audiologisch centrum noodzakelijk. Het feit dat verzoeker uiteindelijk geen aanspraak bleek te hebben op het hulpmiddel ziet de zorgverzekeraar niet als reden om de no-claimteruggave aan te passen.
- 5.2. De zorgverzekeraar verklaart voorts dat het voor hem niet mogelijk is te achterhalen wat precies tijdens de telefoongesprekken is gezegd. De medewerkers zijn geïnstrueerd om telefonisch geen toezeggingen te doen of een verzekerde in aanmerking

komt voor vergoeding van een hoortoestel, omdat altijd vooraf een medische beoordeling moet plaatsvinden.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis. Vergoeding voor hulpmiddelen is geregeld in artikel 17. In artikel 17.1 is opgenomen dat aanspraak bestaat op de verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals in de Rzv en het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is bepaald. Volgens artikel 3.7.1 van het reglement dient het drempelverlies van het beste oor tenminste 35 dB te zijn om in aanmerking te komen voor een hoortoestel. Een en ander strookt met de toepasselijke regelgeving.

Tussen partijen staat niet ter discussie dat in de situatie van verzoeker niet aan eerder genoemde indicatie-eis is voldaan. Gesteld is evenwel dat de zorgverzekeraar, door de van zijn kant gegeven antwoorden op verzoekers telefonische vragen, bij verzoeker bepaalde, gerechtvaardigde verwachtingen heeft gewekt.

De commissie is van oordeel dat van dat laatste geen sprake is. Op 17 februari 2006 zijn door Diagnostisch Centrum Viataal audiogrammen vervaardigd. Hierop is nadrukkelijk vermeld: "Dhr. weet dat hij het zelf moet bekostigen". Kennelijk heeft verzoeker, vanwege een in de aanvullende verzekering opgenomen bepaling over de vergoeding van de toepasselijke eigen bijdrage, daarna bij de zorgverzekeraar herhaaldelijk gevraagd naar de vergoeding voor hoortoestellen. Dat hem bij die gelegenheden is gewezen op het vereiste van een machtigingsaanvraag, voorzien van een indicatiestelling door de behandelend medisch-specialist ligt, gezien het bepaalde in artikel 17 van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen, in de rede. Van de zorgverzekeraar kon immers niet worden verwacht dat deze zonder de machtigingsaanvraag een uitspraak zou doen over de vergoeding ten laste van de zorgverzekering (en in het verlengde daarvan de aanvullende verzekering). Door het enkele schetsen van de procedure en de in dat verband door verzoeker te ondernemen stappen – te weten een bezoek aan de huisarts en, na verwijzing, de KNO-arts -- kunnen naar het oordeel van de commissie geen gerechtvaardigde verwachtingen ten aanzien van de vergoeding zijn gewekt.

Dat telefonisch zonder meer vergoeding van kosten (tot het maximum van € 475,00) is toegezegd, is de commissie niet aannemelijk geworden. Dit zou ook niet logisch zijn. Verzoekers stelling is immers dat hij onnodig kosten heeft gemaakt, en wel kos-

ten in verband met de *machtigingsaanvraag*. In de visie van de commissie moet verzoeker duidelijk zijn geweest dat naar aanleiding van de ingediende aanvraag nog een – eventueel negatieve -- beslissing van de zorgverzekeraar zou volgen. Voor zover verzoeker meende dat geen machtiging nodig was, heeft hij daar in ieder geval niet naar gehandeld.

- 7.3. Vervolgens dient de vraag zich aan of, onder de gegeven omstandigheden, terecht verrekening van de wel ten laste van de zorgverzekering komende kosten met de no-claimteruggave heeft plaatsgehad.

De no-claim is geregeld in artikel 25 van de zorgverzekering. Genoemd artikel bepaalt, voor zover in dit verband van belang, onder a het volgende:

“Als u gedurende het kalenderjaar zorg geniet en/of kosten van zorg maakt, waarmee een bedrag is gemoeid dat lager is dan het in de Premiebijlage vermelde no-claimbedrag, keren wij u het verschil tussen het maximumbedrag van de no-claim en het eerstgenoemde bedrag uit door overmaking op uw bankrekening. (...).”

Onder c zijn bepaalde zorgvormen voor de toepassing van de no-claim uitgezonderd.

- 7.4. De regeling van artikel 25 van de zorgverzekering is volgens de algemene voorwaarden, artikel 20.1.1 van de zorgverzekering, onder andere gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.5. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 22 van de Zvw regelt de no-claimteruggave bij beperkt zorggebruik. Relevant is in dit kader met name lid 1 waarin is bepaald dat indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag, de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht heeft op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij algemene maatregel bepaalde bedrag en eerdergenoemde waarde.

Bedoelde algemene maatregel van bestuur is het Bzv. Artikel 2.18 lid 1 van het Bzv bepaalt de no-claim op € 255,00. Vervolgens zijn in artikel 2.19 lid 1 van het Bzv bepaalde zorgvormen van de toepassing van de no-claim uitgezonderd.

- 7.6. De commissie constateert dat artikel 25 van de zorgverzekering strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.7. De commissie stelt vast dat verzoeker door zijn ongeclausuleerde instemming met de berekening van de no-claimteruggave, blijkbaar veronderstelt, zonder overigens daartoe enige grond aan te voeren, dat het de zorgverzekeraar mogelijk zou zijn buiten de strikte polisvoorwaarden om tot vergoeding van het hoortoestel over te gaan. Dit punt valt buiten de beoordeling waartoe de commissie bevoegd is.

De commissie constateert daarentegen wel dat door verzoeker niet wordt bestreden dat op 17 februari 2006 kosten van geneeskundige zorg zijn gemaakt, die onder de dekking van de zorgverzekering vallen en door de zorgverzekeraar zijn vergoed, zodat artikel 25 onder a van de zorgverzekering van toepassing is. Verzoeker heeft geen beroep gedaan op de onder c genoemde uitzonderingen, die hier overigens niet aan de orde zijn.

- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, ook in zijn nader geformuleerde vorm, dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 augustus 2007

Voorzitter