



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Zwolle
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, hoortoestel
Zaaknummer : 201601830
Zittingsdatum : 11 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Zwolle, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Select Polis (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 Univé Tand 250 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Bij brief van 12 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 575,-- in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 in verband met de door verzoeker genoten hulpmiddelenzorg.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 28 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 12 oktober 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het bedrag van € 575,-- ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 (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 16 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 november 2016 aan verzoeker gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Verzoeker is op 11 januari 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
-  3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld de brief te overleggen waarin Dantuma zijn klanten informeert over de overgang van de afdeling hoortechneik naar Jerre Hoorzorg. Bij e-mailbericht van 11 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar bedoelde brief overgelegd. Een afschrift van dit e-mailbericht heeft de commissie op 13 januari 2017 aan verzoeker gezonden waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Bij e-mailbericht van 17 januari 2017 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker heeft op 20 maart 2015 Dantuma Medische Speciaalzaak (hierna: Dantuma) bezocht om een oplossing te vinden voor zijn hoorprobleem. Van Dantuma heeft verzoeker hoortoestellen van het merk Phonak meegekregen om te proberen. Omdat verzoeker meerdere hoortoestellen wilde vergelijken, heeft hij zes dagen later van Specsavers op proef hoortoestellen van het merk Widex betrokken.
-  4.2. Niet lang na het bezoek aan Dantuma ontving verzoeker het bericht dat Dantuma ging verhuizen en dat een aantal werknemers zou worden ontslagen. Later is het verzoeker gebleken dat drie medewerkers, waaronder de audicien, een nieuw bedrijf zijn begonnen onder de naam Jerre Hoorzorg.
-  4.3. In januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 575,- gevorderd ter zake van het verplicht eigen risico 2015. Na contact met de ziektekostenverzekeraar is het verzoeker gebleken dat Jerre Hoorzorg in november 2015 de door Dantuma geleverde hoortoestellen heeft gedeclareerd. Door de ziektekostenverzekeraar is in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeraar een tevredenheidsverklaring van Jerre Hoorzorg overgelegd. Verzoeker stelt dat deze verklaring is vervalst. Hetzelfde geldt voor de verklaring van de triage-audicien van 10 juli 2015. Op de betreffende datum heeft verzoeker namelijk de hele dag gewerkt.
-  4.4. Verzoeker heeft uiteindelijk gekozen voor de hoortoestellen van het merk Widex, die zijn geleverd door Specsavers. Bij Jerre Hoorzorg heeft verzoeker geen contract getekend en geen hoortoestel ontvangen. De ziektekostenverzekeraar vordert van hem dan ook ten onrechte een bedrag van € 575,- ter zake van het eigen risico 2015.
-  4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat hij het niet eens is met het feit dat door Jerre Hoorzorg hoortoestellen zijn gedeclareerd terwijl hij daar geen zaken mee heeft gedaan. Een brief van Dantuma over een overname van de afdeling hoortechneik door Jerre Hoorzorg heeft verzoeker nimmer ontvangen. Dat de afdeling Hoortechneik op 1 mei 2015 is overgenomen door Jerre Hoorzorg is niet logisch aangezien verzoeker op 28 mei 2015 een afspraak heeft gehad met Dantuma over zijn hoortoestel.

Daarnaar gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij de hoortoestellen van het merk Phonak niet heeft teruggebracht. Verzoeker heeft weliswaar hierover contact met Dantuma, maar dit bedrijf was intussen overgenomen door Matot en de betreffende stukken waren niet meer voorhanden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Elke verzekerde in Nederland heeft een wettelijk verplicht eigen risico. In 2015 bedroeg dit € 375,--. Verzoeker heeft daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 200,-- gekozen. Dit betekent dat de eerste € 575,-- aan zorgkosten die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, voor zijn rekening blijft. De ziektekostenverzekeraar heeft eind 2015 een declaratie ontvangen van Jerre Hoorzorg. Van het gedeclareerde bedrag (€ 621,--) heeft de ziektekostenverzekeraar € 575,-- verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker. Aangezien verzoeker de vordering niet tijdig voldeed, is deze aanvankelijk overgedragen aan een incassogemachtigde, doch nadien is besloten de vordering weer terug te halen. Ook is uit coulance de eerder, vanwege een betalingsachterstand, beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht hersteld.

5.2. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat hij een schriftelijke bevestiging van Dantuma heeft ontvangen dat de afdeling Hoortechniek op 1 mei 2015 is overgenomen door Jerre Hoorzorg. Dat verzoeker geen contact heeft gehad met Jerre Hoorzorg over zijn hoortoestellen komt de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk voor. Zo heeft verzoeker een tevredenheidsverklaring ingevuld. Uit deze verklaring, die door verzoeker is ondertekend, blijkt dat verzoeker bij Jerre Hoorzorg hoortoestellen, een droogapparaat en een verzekering voor zijn hoortoestellen heeft aangeschaft. Voorts is door de triage-audicien na de proefpassing een verslag gemaakt. Uit dit verslag, dat is gezonden aan de KNO-arts, blijkt eveneens dat verzoeker zeer tevreden is over de Phonak hoortoestellen.

5.3. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoeker ook bij Specsavers hoortoestellen heeft aangeschaft en de kosten hiervan bij hem ter declaratie heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze kosten evenwel afgewezen omdat verzoeker de maximale vergoeding al had bereikt.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat Dantuma is samengegaan met Matot, en doet sindsdien niets meer met hoortoestellen. Die taak is overgegaan naar Jerre Hoorzorg. Bij brief van 7 mei 2015 heeft Dantuma zijn klanten over deze wijzigingen geïnformeerd. Verder wenst de ziektekostenverzekeraar op te merken dat verzoeker eerst in juli 2016 de nota ter zake van de bij Specsavers aangeschafte hoortoestellen heeft ingediend. Kennelijk was verzoeker voor deze datum tevreden met de hoortoestellen van het merk Phonak.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht een bedrag van € 575,-- in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 bij verzoeker in rekening heeft gebracht.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg 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 hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen 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 opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.
(...)”*

8.4. In het 'Reglement hulpmiddelen 2015' van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (artikel 2.10 Regeling zorgverzekering), zoals:

Omschrijving hulpmiddel: hoortoestellen, maskeerder en oorstukjes

Eigendom/buikleen: eigendom

Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: StAr geregistreerd audicien die werkt in een winkel met het keurmerk ‘De Audicien’

Verwijzing door: Vanaf 18 jaar: gecontracteerd triage-audicien/audiologisch centrum Jonger dan 18 jaar, complexe auditieve zorg en hoortoestellen die niet in de database zijn opgenomen: 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 bijzondere voorwaarden en bijzonderheden: Eigen bijdrage: U bent een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten.

Gebruikstermijn U kunt uw hoortoestel en maskeerder minimaal 5 jaar gebruiken. Moet uw hoortoestel of maskeerder 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. Op basis van het ZN-keuze protocol wordt bepaald op welk type hoortoestel u recht hebt. Kijk voor meer informatie op onze website.

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

- 8.5. Artikel 7 van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 375 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: (...)"

- 8.6. Artikel 8 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening.

Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2. (...)"

- 8.7. De artikelen 7, 8 en 34, en het 'Reglement hulpmiddelen 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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.
Het verplicht en vrijwillig eigen risico is opgenomen in de artikelen 19, 20, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. 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 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. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met declaratieoverzicht van 12 januari 2016 geïnformeerd over kosten van zorg die zijn gedeclareerd en deels zijn verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker. Tussen partijen is in de eerste plaats in geschil of door de ziektekostenverzekeraar terecht kosten van hoortoestellen zijn vergoed op grond van de

zorgverzekering, en voorts of ter zake een bedrag van € 575,-- aan verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 bij verzoeker mag worden gevorderd. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Niet in geschil is dat verzoeker in het voorjaar van 2015 van Dantuma twee hoortoestellen (Phonak Bolero Q30 M13) op proef heeft gekregen. Vast staat dat op enig moment deze proefpassing is geëindigd en dat verzoeker toen heeft moeten besluiten of hij de betreffende hoortoestellen wenste aan te schaffen dan wel terug te brengen naar de leverancier. Vast staat dat verzoeker de hoortoestellen niet heeft teruggebracht. Alsdan ontstaat de situatie dat de ziektekostenverzekeraar de aangeschafte hoortoestellen terecht aan de leverancier heeft vergoed. Uit de uitkeringsspecificatie 2016 1 van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag ter grootte van € 621,-- heeft betaald aan de leverancier. De stelling van verzoeker dat de door hem ondertekende tevredenheidsverklaring is vervalst, behoeft gelet op het voorgaande geen bespreking. Ook het feit dat de hoortoestellen zijn geleverd door Dantuma en dat door de ziektekostenverzekeraar is vergoed aan Jerre Hoorzorg is op zich niet verbazingwekkend omdat de afdeling Hoortechniek van Dantuma is overgenomen door Jerre Hoorzorg. Dat mogelijk door verzoeker ook hoortoestellen van het merk Widex zijn aangeschaft bij Specsavers doet hieraan niet af. Vervanging was op dat moment niet aan de orde zodat die kosten niet ten laste van de zorgverzekering kunnen komen. Rest de vraag naar de verrekening met het eigen risico 2015.

9.3. Ingevolge artikel 7 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoeker in 2015 maximaal € 375,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2015 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-- Tussen partijen is niet in geschil dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2015 tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de kosten van de bij Dantuma aangeschafte hoortoestellen ten bedrage van totaal € 621,-- gedeeltelijk (€ 575,--) met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker verrekend.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 januari 2017,

H.A.J. Kroon