



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D en E, beide te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, voetprothese, machtiging, toerekening eigen risico
Zaaknummer : 201302552
Zittingsdatum : 2 april 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19, 21 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen

- 1) D te F, en
- 2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle 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. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 augustus 2013 van verzoekster een bedrag aan verplicht eigen risico voor het jaar 2013 ter hoogte van € 338,81 gevorderd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 brief van 10 november 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 338,81 ter zake het verplicht eigen risico 2013 van haar vordert (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 februari 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 18 februari en 17 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 april 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar op 15 november 2012 een machtiging ontvangen voor een siliconen voetprothese. Op deze machtiging staat vermeld dat een bedrag van € 0,00 voor rekening van verzekerde blijft. Toch heeft verzoekster, nadat zij op 22 juli 2013 de betreffende prothese had opgehaald, van de ziektekostenverzekeraar een nota gekregen van € 338,81 ter zake het verplicht eigen risico 2013. Aangezien in de machtiging hierover geen melding is gemaakt, is de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd het bedrag van € 338,81 bij haar in rekening te brengen.

4.2. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij eind 2012 een machtiging heeft ontvangen waarop stond vermeld dat het eigen risico € 0,00 was. Hieruit heeft zij begrepen dat er geen kosten bij haar in rekening zouden worden gebracht.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft op 15 november 2012 van de ziektekostenverzekeraar een machtiging ontvangen voor een siliconen voetprothese. In deze akkoordverklaring staat beschreven dat verzoekster geen wettelijke eigen bijdrage hoeft te betalen. Aangezien verzoekster de betreffende prothese in 2013 heeft aangeschaft stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat de kosten van de voetprothese terecht ten laste van het verplicht eigen risico 2013 zijn gebracht.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het op de machtiging vermelde bedrag betrekking heeft op de verschuldigde eigen bijdrage en niet op het eigen risico.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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 terecht een bedrag van € 338,81 ter zake van het eigen risico 2013 bij verzoekster 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering. Artikel B.17 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“B.17.1. Waar hebt u recht op?”

U hebt recht op verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking. Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. (...)

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook het volgende:

- a. De voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;*
- b. Of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;*
- c. Welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;*
- d. De hoogte van een eventuele eigen bijdrage of maximum vergoeding.*

U kunt het Reglement bekijken op onze internetsite of bij ons opvragen. (...)"

- 8.3. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2013 is onder meer de aanspraak op vergoeding van prothesen opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“1. Hulpmiddel: A. Prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet

2. Voorwaarden

3. Akkoordverklaring 1e verstrekking nodig van: Gecontracteerde zorgverlener als kosten niet hoger dan: Onderbeenprothese: € 4.000,- Bovenbeen-prothese: € 7.000,- Armprothese: € 3.500,- In andere gevallen: zorgverzekeraar

4. Akkoordverklaring nodig van ons: Reparaties: alleen als kosten hoger dan € 450,-

5. Verwijsbrief met medische diagnose nodig van: Revalidatiearts

6. Bruikleen/eigendom: Eigendom, tenzij been- of voet-prothese mede bestaat uit een micro-processorgestuurde of daarmee vergelijkbare knie

7. Let Op!: Niet gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn volgens Erkenningsregeling Orthopedische Instrumentmakerijen

(...)"

- 8.4. Artikel A.12. van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“A.12.1. Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 350,- voor een heel jaar. Dit betekent dat u de eerste € 350,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. (...)"

- 8.5. De artikelen A.12. en B.17. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 tot en met 2.36 Rzv.
- 8.7. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Rzv.

8.8. 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 op 15 november 2012 een machtiging afgegeven voor een siliconen voetprothese. Op 22 juli 2013 heeft verzoeksterde betreffende prothese afgehaald, waarna de leverancier hulpmiddelen voor de geleverde prothese een bedrag van € 4.279,94 bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. Nadien heeft laatstgenoemde de betreffende declaratie vergoed ten laste van de zorgverzekering en vervolgens bij verzoekster een bedrag van € 338,81 ter zake het verplicht eigen risico 2013 in rekening gebracht. Verzoekster bestrijdt dat in dit geval het verplicht eigen risico 2013 van toepassing is, en wel op de grond dat op de afgegeven machtiging van 15 november 2012 staat vermeld dat € 0,00 voor rekening van verzekerde komt. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.2. De commissie merkt prealabel op dat op de afgegeven machtiging van 15 november 2012 inderdaad staat vermeld dat € 0,00 voor rekening van verzekerde blijft. In de daaropvolgende regel wordt echter opgemerkt dat dit bedrag betrekking heeft op de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage. Een eigen bijdrage is het bedrag dat een verzekerde verschuldigd is voor bepaalde vormen van zorg uit de zorgverzekering. Het bedrag dat thans van verzoekster wordt gevorderd heeft betrekking op het verplicht eigen risico en niet op een wettelijk verschuldigde eigen bijdrage.

9.3. Voor zover verzoekster stelt dat zij uit de op 15 november 2012 afgegeven machtiging heeft opgemaakt dat ook het verplicht eigen risico niet van toepassing is, overweegt de commissie dat het bestaan van het verplicht eigen risico op grond van de zorgverzekering een feit van algemene bekendheid is. Voorts wist verzoekster dat de onderhavige kosten werden vergoed ten laste van de zorgverzekering - daartoe was immers een machtiging gevraagd en verkregen - en had zij aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden kunnen nagaan dat de prothese niet is uitgesloten van de eigen risicoregeling. Nog daargelaten hetgeen onder 9.2 is overwogen, bestond er dan ook geen enkele aanleiding te veronderstellen dat met het vermelden van het bedrag van € 0,00 werd beoogd de toepasselijkheid van het verplicht eigen risico uit te sluiten.

9.4. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar conform artikel A.12. van de zorgverzekering terecht een bedrag van € 338,81 ter zake het verplicht eigen risico 2013 bij verzoekster in rekening heeft gebracht.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 april 2014

Voorzitter