

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C te D en E te F  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, negatieve proefpassing, reclame zorgaanbieder  
Zaaknummer : 2012.01920  
Zittingsdatum : 9 januari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 19 e.v. Zvw, 2.1, 2.9 en 2.17 e.v. Bzv, 2.6 sub g en 2.14 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 6:145 BW)

---

## 1. Partijen

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

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de module Tandheelkundige hulp afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 14 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een bedrag van € 130,-- in te houden op het eigen risico 2012.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 19 juni en 12 juli 2012 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 brief van 24 oktober 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 130,-- niet bij hem mag vorderen (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 november 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 december 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van horen.
- 3.8. Verzoeker is op 9 januari 2013 in persoon gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft een audicien bezocht, die een gratis proefgebruik van hoortoestellen aanbood. Aangezien de hoortoestellen verzoeker niet bevielen, heeft hij deze binnen de gestelde periode van één maand teruggebracht. Er was geen schade opgetreden.
- 4.2. De zorgaanbieder is evenwel overgegaan tot het declareren van € 130,-- voor een negatieve proefpassing. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag ten laste van het eigen risico 2012 gebracht en bij verzoeker gevorderd. Verzoeker vindt het onaanvaardbaar dat de ziektekostenverzekeraar geen verantwoordelijkheid neemt voor het frauduleus handelen van een zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar gelooft zonder enig bewijs de verklaring van de zorgaanbieder, terwijl hij niet ingaat op de verklaring van verzoeker.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar kennelijk willekeurig uitbetaalt, nu volgens de folder de hoortoestellen vrijblijvend en gratis konden worden geprobeerd. Hij licht toe dat de betreffende toestellen circa € 4.000,-- per twee kosten.  
Met een medewerker van de winkel heeft verzoeker twee gesprekken gehad. Na het eerste gesprek heeft hij de oorarts nog bezocht. Tijdens het tweede telefonisch onderhoud werd hem gevraagd of hij nog belangstelling had voor de hoortoestellen en werd hij gewaarschuwd voor het feit dat er kosten waren verbonden aan het maken van de afdruk. Die kosten zouden echter door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed.
- 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. De door verzoeker bezochte zorgaanbieder is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Dit leidt ertoe dat deze zorgaanbieder rechtstreeks mag declareren bij de ziektekostenverzekeraar, ook voor een negatieve proefpassing.
- 5.2. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 3 september 2012 telefonisch contact opgenomen met een medewerker van de zorgaanbieder. Deze deelde stellig mede dat de klant in het gesprek voorafgaand aan het meten en plaatsen van de oorschelpjes altijd wordt geïnformeerd over de kosten die volgen uit een negatieve proefpassing. De medewerker was van mening dat ook verzoeker hierover vooraf is geïnformeerd.

- 5.3. Omdat de kosten van een negatieve proefpassing niet zijn uitgesloten van het eigen risico, zijn deze terecht bij verzoeker in rekening gebracht. Hij is daarom gehouden het bedrag van € 130,-- aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 17 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 het bedrag van € 130,-- voor een negatieve proefpassing bij verzoeker mag vorderen.
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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 42 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. De aanspraak op hoortoestellen is verder uitgewerkt in het '[naam ziektekostenverzekeraar] Reglement hulpmiddelen'.
- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en artikel 10 van de zorgverzekering het vrijwillig eigen risico.
- 8.5. Artikel 2 lid 3 van de zorgverzekering bepaalt dat bij een overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder rechtstreekse declaratie door de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar plaatsvindt.
- 8.6. De artikelen 2 lid 3, 9 en 34 van de zorgverzekering en het '[naam ziektekostenverzekeraar] Reglement hulpmiddelen' zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 Bzv. De aanspraak op hoortoestellen is nader uitgewerkt in de artikelen 2.6 sub g en 2.14 Rzv.

Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 e.v. Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.

- 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. Niet in geschil is dat een proefpassing voor een hoortoestel een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker een indicatie voor bedoeld hulpmiddel heeft. Tevens is niet in geschil dat de kosten van de proefpassing niet zijn uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico, zodat deze kosten door de ziektekostenverzekeraar in beginsel terecht ten laste van het eigen risico 2012 zijn gebracht. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 130,- bij verzoeker mag vorderen, aangezien de zorgaanbieder naar de mening van verzoeker frauduleus heeft gehandeld.
- 9.2. Artikel 2 lid 3 van de zorgverzekering bepaalt dat een gecontracteerde zorgaanbieder op basis van de gesloten overeenkomst rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar mag declareren. Uit de bepaling blijkt dat de zorgaanbieder in dat geval zijn vordering op de verzekerde aan de ziektekostenverzekeraar cedeert. Gelet op artikel 6:145 BW laat de overgang van een vordering de verweermiddelen van de schuldenaar onverlet, zodat verzoeker deze niet alleen tegen de zorgaanbieder kan instellen, maar ook tegen de ziektekostenverzekeraar. Beoordeeld moet derhalve worden of bij verzoeker het vertrouwen is gewekt dat de proefpassing geen kosten met zich zou brengen.
- 9.3. Het dossier bevat een afschrift van de folder van de zorgaanbieder. Hierin wordt vermeld dat het proberen van een hoortoestel "gratis en vrijblijvend" is. Hierbij is geen voorbehoud gemaakt, bijvoorbeeld dat moet worden gevraagd naar de toepasselijke voorwaarden of dat afhankelijk van het verloop van het eigen risico de proefpassing geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekerde blijft. De zorgaanbieder heeft gesteld, doch niet aannemelijk gemaakt, dat klanten voorafgaand aan de proefpassing voor die mogelijkheid worden gewaarschuwd. De commissie is daarom van oordeel dat verzoeker gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de proefpassing kostenvrij was. Dit leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 130,- niet bij verzoeker in rekening mag brengen.

## **Conclusie**

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 23 januari 2013,

Voorzitter