

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E en F te G
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, wijziging regeling voor hoortoestellen, advies ziektekostenverzekeraar
Zaaknummer : 2013.00684
Zittingsdatum : 9 oktober 2013

1. Partijen

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

tegen

1) D te E en

2) F te G,

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Beter Af HBO Polis 4 sterren, Beter Af Tandarts Polis 3 sterren en het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op twee hoortoestellen. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat een bedrag van maximaal € 509,50 per hoortoestel wordt vergoed. Daarnaast is een bedrag van € 50,- per oorstukje vergoed.

3.2. Bij brief van 27 januari 2013 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht om een aanvullende vergoeding van € 362,- (hierna: de aanspraak), omdat zij in 2012 een vergoeding heeft ontvangen van in totaal € 1.119,- (tweemaal € 509,50 en tweemaal € 50,- voor het oorstukje) terwijl zij in 2013 in aanmerking zou zijn gekomen voor een vergoeding van in totaal € 1.481,-. De aanspraak is bij brief van 11 februari 2013 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 23 april 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie

Zorgverzekeringen.

- 3.5. Bij brief van 9 mei 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 september 2013 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoekster is op 9 oktober 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster kreeg in het voorjaar van 2012 een indicatie voor twee hoortoestellen. In augustus 2012 heeft zij de ziektekostenverzekeraar schriftelijk op de hoogte gesteld van een krantenartikel waaruit bleek dat de vergoeding voor hoortoestellen – door een wijziging in de regeling - in 2013 mogelijk veel gunstiger zou zijn dan in 2012. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met verzoekster. Haar is verteld dat er op dat moment nog geen duidelijkheid was over de vergoedingsvoorwaarden voor 2013, maar dat het onwaarschijnlijk was dat die gunstiger zouden zijn dan in 2012. Vanwege dit advies heeft verzoekster in september 2012 een traject ingezet om de hoortoestellen te laten aanmeten. Tijdens de ‘uitprobeerperiode’ viel een lange vakantie. Daarom heeft verzoekster twee hoortoestellen van het merk Opticon ‘formeel’ aangeschaft teneinde hiervoor dekking te hebben onder haar reisverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom een formele rekening ontvangen en aan de hand hiervan een vergoeding toegekend op grond van de polisvoorwaarden van 2012. Verzoekster had met de leverancier afgesproken dat zij de ‘koop’ zou kunnen veranderen als zij later in het traject alsnog zou kiezen voor een ander toestel. In dat geval zou de ingediende formele rekening worden ingetrokken en worden vervangen voor een nota door de ‘echte’ aanschaf.
 - 4.2. Eind november 2012 heeft verzoekster de polisvoorwaarden voor 2013 ontvangen. Hieruit bleek dat eerder genoemd krantenartikel een “hoog waarheidsgehalte” had. In 2013 zou inderdaad een vergoeding van 75 percent gaan gelden. Pas later bleek dat hieraan een kwalificatiesysteem ten grondslag ligt. Details hierover zijn in de polisvoorwaarden of op de website van de ziektekostenverzekeraar niet vermeld. Overigens had verzoekster in de periode tussen augustus en november 2012 geen enkel

bericht ontvangen van de ziektekostenverzekeraar over de op handen zijnde wijziging van de aanspraak op hoortoestellen.

- 4.3. Op 11 december 2012 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de uiteindelijke koop net vóór of net na 31 december 2012 zou plaatsvinden. Zij heeft hierbij opnieuw gevraagd naar het verschil in vergoeding. Pas naar aanleiding hiervan werd verzoekster door de ziektekostenverzekeraar duidelijk gemaakt dat niet de datum van de nota bepalend was voor de aanspraak op vergoeding, maar de datum waarop de proefperiode is aangevangen. In haar geval ligt deze datum in 2012. Verzoekster vindt dit “het veranderen van de spelregels (polisvoorwaarden) tijdens het spel” en meent nooit de kans te hebben gekregen naar de nieuwe spelregels te kunnen handelen, hoewel zij de ziektekostenverzekeraar daar om bij herhaling heeft gevraagd.
- 4.4. Verzoekster is in 2013 – in overleg met de ziektekostenverzekeraar – een fictief traject gestart voor het aanmeten van twee hoortoestellen bij een andere (door de ziektekostenverzekeraar in 2013 gecontracteerde) zorgaanbieder. Hieruit bleek dat verzoekster een indicatie heeft voor hoortoestellen van de vierde categorie en in aanmerking zou komen voor twee hoortoestellen á € 987,87. De vergoeding hiervoor zou € 740,90 per toestel bedragen. In totaal zou verzoekster bij aanschaf in 2013 dus € 362,-- méér vergoed hebben gekregen. Dit bedrag vordert zij nu van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de brief van de ziektekostenverzekeraar van 25 juli 2013 in zijn voordeel lijkt te spreken. In de polisvoorwaarden van 2013, die verzoekster in november 2012 heeft ontvangen, werd gesproken over een vergoeding van 75 percent. Onduidelijk was echter waar dit percentage betrekking op had. De website van de ziektekostenverzekeraar gaf evenmin meer duidelijkheid. De informatie is pas na 1 januari 2013 gepubliceerd. Dit is ook door de ziektekostenverzekeraar bevestigd. Ook ten tijde van vernoemd fictief traject was de informatie over de vergoeding nog niet beschikbaar. Indien verzoekster in categorie 2 of 3 zou vallen, zou de vergoeding voor haar in 2013 inderdaad ongunstiger zijn dan in 2012. Zij valt echter in categorie 4, waardoor de regeling van 2013 voor haar gunstiger is. De leverancier van de hoortoestellen heeft de nota achter de rug van verzoekster om ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Het betrof slechts een voorlopige aanschaf en deze kon in januari 2013 nog worden teruggedraaid. Pas in december 2012 werd duidelijk dat de datum van de proefplaatsing bepalend was geworden en die had al in augustus plaatsgevonden.
- 4.6. 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 de twee hoortoestellen aangeschaft in 2012. Hiervoor is de maximale vergoeding van € 509,50 per toestel uitgekeerd – conform de polisvoorwaarden van 2012 – plus € 50,-- per oorstukje. Omdat verzoekster voor duurdere hoortoestellen heeft gekozen, blijven de meerkosten voor haar rekening.
 - 5.2. In 2013 is de maximale vergoeding afhankelijk van welke categorie hoortoestel bij de indicatie van de verzekerde past. Op grond van deze voorwaarden zou verzoekster

aanspraak hebben op een hogere vergoeding. Verzoekster heeft de hoortoestellen evenwel in 2012 aangeschaft, daarom zijn de polisvoorwaarden van 2012 van toepassing. Dat de voorwaarden van 2013 bij toepassing voor verzoekster financieel gunstiger zouden zijn uitgevallen, is hierbij niet relevant. De nota voor deze hoortoestellen is niet door de leverancier gecrediteerd, daarom blijft de reeds toegekende vergoeding van toepassing.

- 5.3. Tijdens het telefoongesprek van 23 augustus 2012 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van een krantenartikel over de eigen bijdrage van hoortoestellen in 2013 gevraagd wat de gevolgen hiervan zijn voor de zorgverzekering. Verzoekster is verteld dat het slechts een wetsvoorstel betrof en dat er daarom nog niets over gezegd kon worden. Als er wijzigingen zouden zijn per 1 januari 2013, zouden die in de polisvoorwaarden worden vermeld, en hiervan zouden alle verzekerden dan bericht krijgen. Verzoekster heeft op 3 september 2012 opnieuw telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is aan verzoekster uitgelegd dat zoals de zaken op dat moment ervoor stonden, de vergoedingen voor hoortoestellen in 2013 soberder zouden worden, maar dat er nog geen definitieve besluit was genomen en er daarom nog geen zekerheid was. Er is dus geen sprake geweest van het niet goed informeren van verzoekster. In november 2012 zijn de polisvoorwaarden voor 2013 aan verzoekster gezonden.
- 5.4. Tijdens het telefoongesprek van 8 januari 2013 heeft de echtgenoot van verzoekster medegedeeld dat hij zou uitzoeken wat de vergoeding zou bedragen als zijn echtgenote bij een andere (gecontracteerde) leverancier de hoortoestellen zou aanvragen.
- 5.5. Verzoekster heeft in 2012 luxe hoortoestellen van het merk Opticon aangeschaft. De door haar overgelegde offerte van 25 januari 2013 betreft hoortoestellen van het merk Widex, die niet door haar zijn aangeschaft. De verschillende merken hoortoestellen zijn niet met elkaar te vergelijken. De hoortoestellen van het merk Opticon zijn niet opgenomen in het assortiment van de door de ziektekostenverzekeraar in 2013 gecontracteerde zorgaanbieder.
- 5.6. Indien verzoekster de door haar gewenste Opticon hoortoestellen ná 1 januari 2013 zou hebben aangeschaft, zou zij derhalve zijn aangewezen op een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij levering van een hoortoestel uit categorie 4 door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt, na aftrek van de wettelijke eigen bijdrage, 70 percent vergoed tot maximaal € 543,20. Ook is het eigen risico op deze vergoeding van toepassing. In 2012 is per toestel (inclusief oorstukje) een bedrag van € 559,50 vergoed. De wijziging van de regeling in 2013 is dus niet nadelig geweest voor verzoekster.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen sprake is van gewekt vertrouwen. In augustus 2012 is alleen gezegd dat de vergoeding voor 2013 nog niet bekend was. Aangezien de hoortoestellen in november 2012 zijn gedeclareerd, heeft de aanschaf in dat jaar plaatsgevonden en zijn de voorwaarden van 2012 van toepassing.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden 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 verzoekster aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 362,- voor de twee door haar in 2012 aangeschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.
Artikel 28 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van:

– levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;

(...)

overeenkomstig het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen.

Het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

(...)"

- 8.3. In artikel 3.5 van het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen is de aanspraak op hoortoestellen nader uitgewerkt. Hierin is bepaald dat bij de eerste aanschaf van een hoortoestel de wettelijke vergoeding maximaal € 509,50 per toestel bedraagt. Indien de aanschafkosten hoger zijn dan de maximale vergoeding, dan betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschafkosten en genoemd bedrag.
- 8.4. In artikel 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de datum van de levering zoals vermeld op de nota bepalend is voor de aanspraak op vergoeding.
- 8.5. De artikelen 28 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering, 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden 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 artikel 2.6 Rzv e.v.. De aanspraak op hoortoestellen is geregeld in artikel 2.14 Rzv.
- 8.7. 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 28 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op hulpmiddelen, waaronder ook hoortoestellen vallen. Voorts is niet in geschil dat verzoekster een indicatie heeft voor de door haar aangeschafte hoortoestellen. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of verzoekster in aanmerking komt voor een aanvullende vergoeding.
- 9.2. In artikel 12 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de datum van de levering - zoals vermeld op de nota - bepalend is voor de aanspraak op vergoeding. Aangezien de proefplaatsing in 2012 heeft plaatsgevonden en de door de leverancier ter declaratie ingediende nota is gedateerd op 2012, is sprake van een voldongen feit: de levering van de hoortoestellen heeft in 2012 plaatsgevonden. Daarom zijn de polisvoorwaarden van 2012 van toepassing en is de vergoeding van de twee hoortoestellen terecht gebaseerd op deze polisvoorwaarden. Overeenkomstig artikel 3.5 van het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen is aan verzoekster € 509,50 per toestel vergoed, alsmede € 50,- per oorstukje. Dat verzoekster met de leverancier bepaalde afspraken heeft gemaakt over de mogelijkheid de hoortoestellen terug te geven is hierbij niet van belang.
- 9.3. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar telefonisch verkeerde informatie heeft verstrekt. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities blijkt dat er geen verkeerde informatie is verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geantwoord op grond van de op dat moment beschikbare informatie en daarbij vermeld dat sprake was van een wetsvoorstel tot wijziging van de aanspraak voor hoortoestellen per 1 januari 2013 en dat de voorwaarden voor 2013 nog niet bekend waren.
- 9.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar een krantenartikel gestuurd inzake een mogelijk gunstiger vergoedingsregeling voor hoortoestellen met ingang van 1 januari 2013. Naar aanleiding hiervan is telefonisch contact met haar opgenomen. Nog daar-

gelaten dat aan de enkele mededeling dat het onwaarschijnlijk is dat de regeling voor 2013 gunstiger uitpakt dan die voor 2012 door verzoekster geen rechten kunnen worden ontleend, was de feitelijke situatie in 2012 dat verzoekster was aangewezen op de hoortoestellen. Kennelijk vond zij het ook nodig deze aan te schaffen vóór haar vakantie. De voorwaarden waaronder zij dit in overleg met de leverancier heeft gedaan, reganderen de ziektekostenverzekeraar niet.

Coulance

- 9.5. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, komt de commissie dienaangaande geen bevoegdheid toe. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2013,

Voorzitter