

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van G
tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, incontinentiemateriaal, ontbreken nota's
Zaaknummer : 2010.01856
Zittingsdatum : 13 april 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van G, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering BAM-pakket 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van incontinentiemateriaal ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is ingewilligd, mits deze wordt onderbouwd met de toepasselijke originele nota's.
- 3.2. Verzoeker beschikt niet meer over de originele nota's, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 juni 2010 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-mail van 28 december 2010 heeft verzoeker 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).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 17 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 februari 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 februari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 april 2011 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat verzekerde incontinent is, en om die reden vanaf 2008 gebruik maakt van incontinentiemateriaal. Verzoeker beschikt niet meer over de nota's van het in de jaren 2008 en 2009 aangeschafte incontinentiemateriaal. Daarom heeft hij een schatting gemaakt van de kosten, en deze naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar weigert echter op basis hiervan vergoeding te verlenen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij vanaf 2010 is verzekerd bij een andere verzekeraar, die de kosten wel vergoedt. In dat jaar ontving hij een rekening van de ziektekostenverzekeraar van € 189,--. Hij heeft hierover gebeld, en daarbij is ook de "luiervergoeding" besproken. Tijdens het telefoongesprek werd gezegd dat de onderhavige kosten vergoed zouden worden. Later bleek het nodig alsnog kassabonnen in te sturen. Omdat deze niet meer voorhanden waren, volgde een afwijzing. Verzoeker stelt dat hij luiers heeft gekocht bij de supermarkt. De kosten waren hoger dan het door hem geschatte bedrag, welke schatting hij heeft gebaseerd op de vergoeding die zijn huidige leverancier ontvangt.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar erkent dat verzekerde aanspraak heeft op incontinentiemateriaal ten laste van de zorgverzekering. De kosten kunnen echter eerst worden vergoed na indiening van de originele nota's. De reden is dat de ziektekostenverzekeraar geen kosten vergoedt, waarvan niet vast staat dat deze zijn gemaakt.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het vreemd is dat er nooit een vervolg is gekomen op de ingediende verklaringen in 2008 en 2009, dit temeer nu de verklaringen van de huisarts uit 2010 dateren. Er is weliswaar een indicatie, maar de benodigde bewijsstukken ontbreken. Hierdoor kan bijvoorbeeld de doelmatigheid niet worden beoordeeld. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat niet wordt bestreden dat (i) het incontinentiemateriaal een verzekerde prestatie is; (ii) verzekerde een indicatie heeft, (iii) luiers zijn aangeschaft en (iv) kosten ter grootte van circa € 2.700,-- zijn gemaakt. Slechts het

ontbreken van de kassabonnen vormt een beletsel om tot vergoeding over te gaan.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

Artikel 33 (2008) van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op die zorg.

Voor de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008. (...)”

Artikel 4.1 (2008) van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

(...)

- *ingeval van vergoeding van de kosten van zorg, de originele nota's binnen één jaar na dagtekening bij [de gevolmachtigde] in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding [de gevolmachtigde] is gehouden. (...)”*

In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 is bepaald dat aanspraak bestaat op incontinentie-absorptiematerialen.

De toepasselijke voorwaarden van de zorgverzekering 2009 hebben een gelijke strekking.

- 8.3. De artikelen 4.1 en 33 van de zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 incontinentiemateriaal is geregeld in de artikelen 2.6 sub h en 2.15 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat verzekerde aanspraak heeft op incontinentiemateriaal ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is uitsluitend de vraag of de kosten eerst na indiening van de originele nota's kunnen worden vergoed.
- 9.2. In artikel 4.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat originele nota's moeten worden ingediend die zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag duidelijk is tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden. De strekking van de bepaling is de ziektekostenverzekeraar in staat te stellen te verifiëren of de kosten zijn gemaakt en in welke omvang, alsmede te beoordelen of deze redelijk zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom een gerechtvaardigd belang bij het ontvangen van originele nota's.
- 9.3. Gelet enerzijds op de hiervóór onder 5.2 vermelde erkenningen door de ziektekostenverzekeraar, en anderzijds het gegeven dat door verzoeker is gesteld dat de gedeclareerde kosten niet afwijken van hetgeen de ziektekostenverzekeraar aan de door hem gecontracteerde leverancier zou hebben betaald, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar niet is betwist en zulks ook niet anderszins is gebleken, leidt toepassing van artikel 4.1 van de zorgverzekering tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op deze bepaling kan derhalve niet slagen.

Conclusie

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

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 ad € 37,--.

Zeist, 11 mei 2011,

Voorzitter