



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door IAK
Verzekeringen B.V. te Eindhoven
Zaak : Hulpmiddelenzorg, reparatie loepbril, telefonische toezegging
Zaaknummer : 201501770
Zittingsdatum : 2 maart 2016

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

 (Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.13 Rzv)

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

 tegen

 VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, vertegenwoordigd door IAK Verzekeringen B.V. te Eindhoven.

 2. De verzekeringssituatie

-  2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IAK Zorgverzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de reparatiekosten (ten bedrage van € 810,80) van zijn loepbril (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 april 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de onderhavige kosten worden vergoed tot een bedrag van € 225,25.
-  3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 juni 2015 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
-  3.4. Bij brief van 4 oktober 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 225,25 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 van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 december 2015 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 december 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 29 februari 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 2 maart 2016 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker beschikt over een loepbril die begin 2015 moest worden gerepareerd. Om meer duidelijkheid te krijgen over (de hoogte) van de vergoeding van de reparatiekosten, heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. In het betreffende gesprek heeft een medewerker hem in eerste instantie medegedeeld dat hij zich diende te wenden tot een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Daarop heeft verzoeker uitgelegd dat hij het liefst zijn loepbril laat repareren bij een andere, niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Dit omdat hij daar al ruim veertig jaar klant is. Op basis van deze informatie is door de betreffende medewerker toegezegd dat de kosten van de reparatie volledig worden vergoed, ondanks dat de zorgaanbieder niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Bij brief van 8 maart 2015 heeft verzoeker de door de medewerker gegeven informatie bevestigd.

 4.2. Niet lang na het telefoongesprek heeft verzoeker zijn loepbril laten repareren bij zijn vertrouwde zorgaanbieder. De kosten van de reparatie (ten bedrage van € 810,80) heeft verzoeker ter declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend. Tot zijn ontsteltenis heeft de zorgverzekeraar slechts een bedrag van € 225,25 vergoed.

 4.3. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij al sinds de jaren 70 een loepbril met een prisma heeft. Begin februari 2015 ging de bril kapot en heeft hij deze opgestuurd naar de winkel in Den Haag waar hij al veertig jaar klant is. Na de reparatie ging de bril weer kapot, waarop hij hem heeft teruggegeven aan de betreffende reparateur. Nadien is verzoeker geadviseerd zijn ogen te laten meten. Deze waren al eerder achteruit gegaan van tien naar acht procent. Gelet op deze achteruitgang is besloten de loepbril te modificeren. Aangeraden werd de zorgverzekeraar te bellen, hetgeen verzoeker heeft gedaan. Uiteindelijk heeft verzoeker de gerepareerde bril op 10 of 11 maart 2015 teruggekregen.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van reparatie van een loepbril. Indien deze reparatie wordt uitgevoerd door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft bedraagt de vergoeding maximaal € 225,25. In het geval van verzoeker heeft de zorgverzekeraar genoemd bedrag verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2015.

 5.2. Zowel voorafgaand aan de reparatie als daarna heeft verzoeker verschillende keren telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar. In deze gesprekken is verzoeker medegedeeld dat hij zijn loepbril kan laten repareren bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Met de gecontracteerde zorgaanbieders zijn onder andere prijsafspraken gemaakt voor het modificeren van bestaande hulpmiddelen. Verzoeker heeft in de contacten met de zorgverzekeraar uitgesproken dat hij zijn loepbril bij voorkeur laat repareren bij een andere (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder. Ondanks

het feit dat verzoeker is medegedeeld dat de vergoeding in een dergelijke situatie maximaal € 225,25 bedraagt, heeft verzoeker zijn loepbril laten repareren door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 5.3. Het is de zorgverzekeraar uit de gemaakte telefoonnotities niet gebleken dat in één van de met verzoeker gevoerde gesprekken is toegezegd dat de kosten volledig worden vergoed indien verzoeker zich zou wenden tot een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd. Daar komt bij dat verzoeker vóórdat de reparatie werd uitgevoerd is geïnformeerd dat de vergoeding in geval wordt gekozen voor de betreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder maximaal € 225,25 bedraagt.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat volgens de zorginkoper van de zorgverzekeraar een nieuwe loepbril tussen de € 750,-- en € 1.000,-- kost. De onderhavige reparatie is dus kostbaar geweest. De aanschaf van een nieuwe bril had logischer geweest.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 11 van "Deel I Algemeen Gedeelte" 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 225,25 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in "Deel II Zorgartikelen" van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 24 van "Deel II Zorgartikelen" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op hulpmiddelenzorg 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 IAK 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 IAK 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 IAK opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.
(...)"*

- 8.4. In het IAK Reglement Hulpmiddelen 2015 is de aanspraak op bijzondere optische hulpmiddelen nader uitgewerkt. In dit artikel is, voor zover hier van belang, bepaald:

"Omschrijving hulpmiddel: bijzondere optische hulpmiddelen, ptosisbrillen en kappenbrillen

Eigendom/buikleen: buikleen

Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: optometrist

Verwijzing door: gecontracteerde zorgaanbieder/behandelend oogarts

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 en vervanging."

- 8.5. Artikel 2.4 van "Deel I Algemeen Gedeelte" van de zorgverzekering regelt de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit artikel luidt als volgt:

"Vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden wettelijke Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven."

- 8.6. De artikelen 2.4 van "Deel I Algemeen Gedeelte" en 24 van "Deel II Zorgartikelen" van de zorgverzekering, alsmede het IAK Reglement Hulpmiddelen 2015 zijn volgens artikel 3.1 van "Deel I Algemeen Gedeelte" van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 e.v. Rzv. De aanspraak op bijzondere optische hulpmiddelen is uitgewerkt in artikel 2.13 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 zorgverzekeraar 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. Vast staat dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de reparatie van een loepbril. Niet in geschil is dat de zorgaanbieder bij wie verzoeker de loepbril heeft laten repareren niet is gecontracteerd door de zorgverzekeraar. Enkel de hoogte van de toegekende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Uit de overlegde stukken blijkt dat de zorgverzekeraar, ter zake van de kosten van de uitgevoerde reparatie van de loepbril ter bedrage van € 810,80, een bedrag heeft vergoed van € 225,55. Volgens de zorgverzekeraar betreft dit de maximale vergoeding indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker meent aanspraak te hebben op volledige vergoeding van de reparatiekosten, althans op een hoger bedrag dan € 225,25. Ter onderbouwing voert verzoeker aan dat hij op 26 februari 2015 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft de betreffende medewerker toegezegd dat

aanspraak bestaat op volledige vergoeding van de reparatiekosten, ook als gekozen wordt voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij brief van 8 maart 2015 heeft verzoeker het gevoerde telefoongesprek bevestigd.

- 9.3. De commissie is van oordeel dat de brief van 8 maart 2015 niet kan worden gezien als een bevestiging dat in het telefonisch contact is toegezegd dat de kosten van de reparatie volledig zullen worden vergoed. In de betreffende brief wordt enkel gesproken over het toezenden van een begroting en het gegeven dat door de betreffende medewerker is toegezegd dat het verzoeker vrij staat te kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze informatie is niet onjuist zodat verzoeker op basis van bedoelde brief niet aannemelijk heeft gemaakt dat van de zijde van de zorgverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Ook anderszins is verzoeker hier niet in geslaagd. Zo geldt met betrekking tot het door hem aangehaalde telefoongesprek dat door verzoeker in het bijzonder niet is aangegeven met wie hij bij die gelegenheid heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

- 9.4. Nu vast staat dat de zorgaanbieder bij wie verzoeker zijn loepbril heeft laten repareren niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, geldt dat de maximale vergoeding op grond van artikel 2.4 van "Deel I Algemeen Gedeelte" 80 percent van het gemiddelde tarief bedraagt. Door de zorgverzekeraar is gesteld dat hij met zijn gecontracteerde zorgaanbieders voor een modificatie van een binoculaire loepbril een tarief heeft afgesproken van € 212,50, exclusief BTW. Volgens gegevens van de Belastingdienst geldt voor hulpmiddelen voor blinden en slechtzienden het lage BTW-tarief van 6 percent zodat het afgesproken gecontracteerde tarief € 225,25 bedraagt. Aangezien dit bedrag aan verzoeker is vergoed, waarbij overigens geen rekening is gehouden met de restitutiekorting van 20 percent, bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering. Dat genoemd bedrag van € 225,25 niet tot uitkering is gekomen, maar is verrekend met het verplicht eigen risico 2015 vormt geen onderwerp van geschil zodat de commissie dit punt verder laat rusten.

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, 23 maart 2016,

H.A.J. Kroon