



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, telefonische toezegging
Zaaknummer : 201302381
Zittingsdatum : 16 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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub c en 2.10 Rzv)

1. Partijen

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

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen (verder: de aanspraak). Bij brief van 26 juli 2013 heeft de zorgverzekeraar hiervoor een akkoordverklaring gegeven, en medegedeeld dat de leverancier de hoortoestellen kon declareren vanaf 20 december 2012. Verzoeker ontving een vergoeding van € 509,50 per hoortoestel.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 september 2013 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 18 januari 2014 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 € 509,50 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 12 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 maart 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 14 april 2014 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. In de loop van 2012 ging het gehoor van verzoeker sterk achteruit. Hij heeft zich op advies van zijn KNO-arts gewend tot een audicien. Het contract tussen de zorgverzekeraar en deze audicien zou in 2013 niet worden verlengd. Verzoeker heeft hierover op 18 december 2012 telefonisch contact gezocht met de zorgverzekeraar. De betreffende medewerker bevestigde dat de audicien niet langer zou worden gecontracteerd, maar liet na te vermelden dat dit irrelevant was, aangezien verzoeker nog onder de regeling van 2012 zou vallen.

4.2. Verzoeker heeft zich vervolgens gewend tot een gecontracteerde leverancier, die hem in het eerste oriënterende gesprek mededeelde dat de vergoedingssystematiek zou worden gewijzigd in die zin dat hoortoestellen in categorieën worden ingedeeld en dat de zorgverzekeraar bepaalt in welke categorie een verzekerde valt. De audicien wist op dat moment - en overigens ook later - niet in welke categorie het door verzoeker gewenste hoortoestel zou gaan vallen en of de zorgverzekeraar hiermee akkoord zou gaan. De audicien kon daarom niet anders dan uitgaan van de vergoeding van 2012.

4.3. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan op 20 december 2012 wederom telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar, waarbij hij antwoord heeft gevraagd op twee expliciete vragen, namelijk:

1. Wat is u bekend over het nieuw in te voeren categorie- en vergoedingssysteem?

2. Op welke vergoeding kan ik dan rekenen gezien deze onzekerheid?

Op de eerste vraag luidde het antwoord:

"Ja, ik heb ook zoiets gehoord, maar op dit moment is mij daarvan niets bekend en ik weet ook niet wanneer dat wel bekend zal worden gemaakt".

Op de tweede vraag luidde het antwoord:

"U kunt ervan uitgaan dat u - hangende de nu nog onbekende invoering van de nieuwe systematiek - recht hebt op een vergoeding van 75% van het u door beide deskundigen aanbevolen hoortoestel".

4.4. Op geen enkel moment is ter sprake gebracht dat verzoeker nog onder de regeling van 2012 zou vallen indien de proef met de hoortoestellen in december zou beginnen. Hierover is ook niet door verzoeker gesproken, omdat hij ervan uitging van het in het handelsverkeer normale gebruik dat de datum van de beslissing dan wel aanschaf bepalend is. Dit was op 13 februari 2013. Verzoeker heeft derhalve, op basis van de regeling voor 2013, aanspraak op vergoeding van 75% van het bedrag van de door hem aangeschafte hoortoestellen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar heeft van de twee telefoongesprekken notities gemaakt, die als volgt luiden:
18 december 2012: "Vergoeding hoortoestellen 2013: 75% vanuit de basisverz. 25% eigen bijdrage. Dhr. was boos dat [naam audicien] per 2013 geen contract meer heeft. Andere gecontracteerde audiciens gegeven. Als dhr. naar niet gecontracteerde gaat moet er een akkoordverklaring aangevraagd worden. Duidelijk uitgelegd toch doorverbonden afd. machtigingen op verzoek".
20 december 2012: "Geen hoortoestel aangevraagd of gedeclareerd teruggekeken vanaf 01-2006".
De zorgverzekeraar kan hieruit niet concluderen dat verzoeker op basis van deze telefonisch verstrekte informatie ervan mocht uitgaan dat de voorwaarden van 2013 voor hem van toepassing waren. Gesproken is weliswaar over de voorwaarden van 2013, maar mogelijk is daar concreet naar gevraagd. Niet gebleken is dat verzoeker heeft gevraagd naar de voorwaarden die specifiek voor hem van toepassing zijn.

5.2. Welke voorwaarden van toepassing zijn, is afhankelijk van het moment waarop verzoeker is gestart met de proefperiode. Aangezien deze periode op 20 december 2012 is aangevangen, moeten de voorwaarden van dat

jaar worden gehanteerd bij de beoordeling. Op basis van deze voorwaarden is een vergoeding mogelijk van € 509,50 per hoortoestel.

5.3. Met ingang van 1 januari 2013 gelden geen wettelijke maximumbedragen meer, maar een wettelijke eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten en de oorstukjes van de hoortoestellen. Dit betekent echter niet dat altijd 75% van het aankoopbedrag wordt vergoed. Niet alle hoortoestellen naar keuze worden namelijk vergoed, maar er wordt op basis van een protocol gekeken naar een goed werkend toestel. Hierbij wordt uitgegaan van vijf categorieën, waarbij categorie vier en vijf de meest complexe situaties bevatten. De meeste verzekerden vallen in categorie één tot en met drie. Het kan daarom zijn dat als de voorwaarden van 2013 worden gehanteerd, verzoeker een ander hoortoestel had dienen aan te schaffen.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 509,50 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.17 van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op hulpmiddelenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"B.17.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat 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. (...)

Soms zijn het hulpmiddelen die onder uw basisverzekering vallen, maar waarvoor u niet een volledige maar gedeeltelijke vergoeding krijgt. Er is bij voorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijk vastgestelde maximumvergoeding. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:

(...)

4. Hoortoestellen;

(...)

Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk D.4. (...)"

8.4. Artikel 17.13. van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Elektro-akoestische hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes

- a. voor één hoortoestel: drempelverlies beste oor van minstens 35 dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) + toename spraakverstaanbaarheid van minstens 20%;
- b. voor twee hoortoestellen: toename van spraakverstaanbaarheid van minstens 10% t.o.v. aanpassing met één hoortoestel; (...)

Wettelijke, maximale vergoeding elektrisch-akoestisch hoortoestel:
- € 509,50 voor eerste aanschaf
- € 509,50 bij vervanging binnen 6 jaar (...)"

- 8.5. Artikel A.1. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering omschrijft het begrip "behandeling" als volgt:

"Het (fysieke) contact met een of meer zorgverleners waarbij aan u zorg wordt verleend of u wordt geadviseerd. Onder behandeling verstaan we niet cursussen. Per dag vergoeden wij maximaal één behandeling van dezelfde soort, tenzij uitdrukkelijk in deze Verzekeringsvoorwaarden of op uw Vergoedingen Overzicht anders staat aangegeven. Bij vergoeding gaan we uit van de datum van de behandeling, niet de notadatum."

- 8.6. De artikelen A.1. van 'Hoofdstuk A' en B.17. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering en artikel B.17.13. van het 'Reglement Hulpmiddelen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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 geregeld in artikel 2.6 sub c en verder uitgewerkt in artikel 2.10 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Uit de overgelegde stukken blijkt dat op 20 december 2012 een machtigingsaanvraag is ingediend bij de zorgverzekeraar. Voorts is een 'Verklaring hoortoestelaanpassing' aangeleverd waaruit blijkt dat het aanpassingstraject op 20 december 2012 is gestart. Het audiogram is gedateerd 21 december 2012. Ook de feitelijke levering van de hoortoestellen heeft in 2012 plaatsgevonden. Hieruit volgt dat het recht op vergoeding dient te worden beoordeeld aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden voor 2012. Dat verzoeker in 2013 een 'tevredenheidsverklaring' heeft afgegeven, en dat de kosten van de hoortoestellen pas in dat jaar zijn gefactureerd, doet aan het vorenstaande niet af.
- 9.2. Gelet op artikel B.17.13. van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van € 509,50 per toestel. Deze vergoeding is door de zorgverzekeraar aan hem verleend.

Telefonische toezegging

- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar, waarbij hij heeft gevraagd naar de vergoeding. Hem zou zijn gezegd dat hij zonder meer kon rekenen op een vergoeding van 75 percent van de kosten, omdat de voorwaarden van het jaar 2013 leidend zouden zijn.

Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde gespreksnotities blijkt niet van een dergelijke toezegging. Gesproken is in algemene zin over de regeling voor het jaar 2013, hetgeen in de rede lag gezien de datum van het gesprek, te weten 20 december 2012. Niet gebleken is echter dat de vraagstelling van verzoeker betrekking had op zijn specifieke situatie, waarbij de stukken gereed lagen om nog in 2012 te starten met het aanpassingstraject. Ook is niet gebleken dat door de medewerker is gezegd dat de vergoeding in 2013 zonder meer 75 percent van de aanschafkosten zou bedragen. Gezien de regeling zoals die in 2013 geldt, waarbij wordt uitgegaan van een indeling in categorieën, ligt een dergelijke mededeling ook niet voor de hand. Bovendien was verzoeker, blijkens zijn brief van 18 januari 2014, ervan op de hoogte dat de vergoeding in 2013 afhankelijk zou zijn van de categorie hoortoestel. Dit was hem namelijk door de leverancier medegedeeld.

Conclusie

- 9.4. 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