

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en D, beide te E
Zaak	: Hulpmiddelen, hoortoestel
Zaaknummer	: 2008.02041
Zittingsdatum	: 6 mei 2009

Zaak: 2008.02041 (Hulpmiddelen, hoortoestel)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 10, 11 en 23 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 en 2.14 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C en D te E, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 4 maart 2008 een hoortoestel op basis van de – in 2008 geldende – polisvoorwaarden, te vergoeden tot een maximaal bedrag van € 2.022,50.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Topfit afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. De behandelend audicien heeft bij verzoeker vastgesteld dat diens rechteroor een drempelverlies heeft van 52 dB, terwijl het linkeroor een verlies heeft van 55 dB. Verzoeker heeft aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 4 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak op grond van de polisvoorwaarden van 2008 werd afgehandeld, en niet op grond van de polisvoorwaarden 2007. Dit heeft ertoe geleid dat niet het gehele bedrag ter hoogte van € 3.649,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is vergoed, doch slechts een bedrag van € 2.022,50.

3.3. Verzoeker is van mening dat de polisvoorwaarden van 2007 dienen te worden toegepast, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 16 januari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volgens de polisvoorwaarden van 2007 in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 3 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 maart 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 maart 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 9 maart 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 april 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de definitieve levering van de hoortoestellen heeft plaatsgevonden in het jaar 2008, en derhalve de voorwaarden van dat jaar dienen te worden gehanteerd. Verzoeker kan blijkens de stukken niet aantonen dat bij hem het gerechtvaardigd vertrouwen is gewekt dat de besteldatum bepalend zou zijn voor de vraag of de vergoeding ten laste van het verzekeringsjaar 2007 of 2008 zou worden gebracht. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 7 mei 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 mei 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de audicien hem heeft aangeraden voor beide oren een hoortoestel aan te schaffen. Verzoeker heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem is verteld dat de hoortoestellen volledig zouden worden vergoed. Een deel zou ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, en de eigen bijdrage zou volledig ten laste van de aanvullende verzekering worden gebracht. De hoortoestellen zijn op 19 december 2007 aan verzoeker ter hand gesteld. Deze dienen zijns inziens daarom te worden vergoed volgens de polisvoorwaarden van het jaar 2007. Dat twee nota's bestaan voor dezelfde hoortoestellen, komt doordat de ziektekostenverzekeraar in

februari 2008 aan verzoeker vroeg een factuur van de leverancier te sturen. De ziektekostenverzekeraar was echter al in het bezit van de originele factuur, en verzoeker kon hiervan geen kopie vinden in zijn administratie. Verzoeker heeft daarom op 20 februari 2008 aan de leverancier gevraagd een kopie uit te printen die de datum van die dag meekreeg, zijnde 20 februari 2008.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij steeds in overleg met de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld. Een eerste gesprek vond plaats op 13 december 2007. Hem is toen verteld dat hij in aanmerking kwam voor een nieuw hoortoestel, en dat deze volledig werd vergoed. Het zou geen probleem zijn indien de nota in 2008 zou volgen. De apparatuur is in 2007 aangeschaft.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de nota van de hoortoestellen op 27 december 2007 is ontvangen. Om te kunnen bepalen of recht bestond op vergoeding is op 4 en 9 januari 2008 gevraagd om aanvullende informatie. Op 11 januari 2008 is het gevraagde spraakaudiogram ontvangen. Op 17 januari 2008 is vergoeding van de nota toegewezen. Op 25 februari 2008 werd een nieuwe nota ontvangen, wederom voor twee hoortoestellen, met enige wijzigingen ten opzichte van de eerste nota. Het is ongebruikelijk twee nota's af te geven voor één paar hoortoestellen. Daarom is contact gezocht met de audicien, die heeft verklaard dat de nota van 25 februari 2008 de juiste is. Nu deze nota is gedateerd in 2008, en op grond van artikel 3 lid 2 van de algemene voorwaarden het moment van behandeling en/of levering van de zorg bepalend is, zijn terecht de polisvoorwaarden van 2008 gehanteerd.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de leverdatum relevant is. De levering heeft plaatsgevonden na de proefperiode, dus in februari 2008. Door de audicien zijn twee nota's aangeleverd, die onderling verschillen. Naar de vraag wat de grondslag is van de stelling van de ziektekostenverzekeraar, verwijst deze naar de verzekeringsvoorwaarden en voegt hieraan toe dat de proefperiode ook door de leveranciers in acht wordt genomen. Het blijkt namelijk dat een proefplaatsing zinvol is.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering van het jaar 2007.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de polisvoorwaarden van 2007, dan wel die van 2008 dienen te worden gehanteerd, en wat vervolgens de hoogte van de vergoeding dient te zijn. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Artikel 3 lid 2 van ‘Deel A Algemene bepalingen’ van de zorgverzekering van 2007 bepaalt de wijze waarop nota’s dienen te worden gedeclareerd en de termijn waarbinnen dit dient te geschieden. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 3

(...)

lid 2

In voorkomende gevallen de originele nota’s binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de (zorg)verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de (aanvullende) (zorg)verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de (aanvullende) (zorg)verzekering van toepassing is. (...)”

- 7.3. Artikel 23 Zvw bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Artikel 23

1. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.”

- 7.4. Vast staat dat de datum van de eerste aanvraag 13 december 2007 is. De meting van het gehoor en de levering van de hoortoestellen hebben eveneens in 2007 plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 januari 2008 om aanvullende informatie verzocht, en op 17 januari 2008 heeft hij verzoeker medegedeeld dat de hoortoestellen zouden worden vergoed, wanneer de gespecificeerde rekening werd ingediend. De datum op deze gespecificeerde rekening is 20 februari 2008. De ziektekostenverzekeraar stelt dat deze rekening afwijkt van de eerdere nota. De verschillen bestaan hierin dat andere oorstukjes zijn geleverd, met hetzelfde bedrag als op de eerdere nota. Tevens zijn een ‘Siemens – Active charger incl 2 batt’ en een ‘Cedis – Ced hygiënedoek 90’ geleverd, welke niet werden vermeld op de eerder ingediende nota. Nu het type hoortoestellen echter geheel gelijk is aan de originele nota, acht de commissie het aannemelijk dat de originele nota een proefplaatsing betrof. Daarbij is de eerste aanvraag gedaan in 2007, en het is deze aanvraag die is goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar op 17 januari 2008. Blijkens artikel 23 Zvw is het moment waarop de zorg aanving en de aanvraag is gedaan, bepalend voor de vraag welke polisvoorwaarden dienen te worden gehanteerd. Het ontvangen van de nota in 2007 dient te worden beschouwd als “levering” in dat jaar, mede omdat het begrip proefplaatsing in de verzekeringsvoorwaarden niet wordt genoemd. Hieruit volgt dat de voorwaarden van de zorgverzekering van 2007 als uitgangspunt hebben te gelden.
- 7.5. Wat betreft de vergoeding van de gevraagde hoortoestellen, overweegt de commissie het volgende. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering. Artikel 18 van ‘Deel B Omvang Dekking’ luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 18 Hulpmiddelenzorg

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, opgenomen. (...)

Het 'Reglement Hulpmiddelen 2007' bepaalt in artikel 5.7 het volgende:

"5.7 Gehoorhulpmiddelen

1) De in artikel 2.3 onder g bedoelde middelen zijn:

- a. electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede de zogenaamde gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken;*

(...)

2) De aanspraak op de in lid 1, onder a, bedoelde middelen, mede de eerste verschaffing van de bij een toestel behorende batterijen of accu's, alsmede de verschaffing en vervanging van oorstukjes, bestaat indien sprake is van één van de volgende indicaties:

- a. Een indicatie voor één hoortoestel is aanwezig indien het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) bedraagt en indien het verstaan van spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55 dB) door toepassing van het hoortoestel ten minste 20% toeneemt.*
- b. Een indicatie voor twee hoortoestellen is aanwezig indien de winst van spraakverstaanbaarheid ten minste 10% bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel, dan wel het richtinghoren hersteld wordt tot een hoek van 45 graden.*
- c. Bijzondere individuele hulpvragen.*

(...)

5) Eigen bijdrage:

(...)

- c. Indien de aanschaffingskosten van een hulpmiddel als bedoeld in lid 1, onder a, hoger zijn dan € 657,50, en een toestel 7 jaren of langer geleden aan de verzekerde is verstrekt, is de verzekerde een bijdrage verschuldigd ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten van dit bedrag, (...)"*

- 7.6. Artikel 18 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2007' zijn volgens artikel 2 lid 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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 en verder uitgewerkt de artikelen 2.6 en 2.14 Rzv.
- 7.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.9. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoeker een indicatie heeft voor een hoortoestel. Verzoeker heeft voor de laatste maal in het jaar 2000 een hoortoestel aangeschaft. Op het moment van de aanvraag waren zeven jaren verstreken. Op grond van artikel 5.7 lid 5 onder c van het 'Reglement Hulpmiddelen 2007' heeft ver-

zoeker daarom recht op een bedrag van € 657,50, ten laste van de zorgverzekering, welk bedrag voor toewijzing gereed ligt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Zoals hiervoor is vastgesteld, is de commissie niet bevoegd aangaande de aanvullende verzekering, zoals deze van kracht was in het jaar 2007.
- 7.11. Daarentegen is de commissie wél bevoegd met betrekking tot de aanvullende verzekering van 2008.
In artikel 3 lid 2 van 'Deel A Algemene bepalingen' is, voor zover hier van belang, het volgende opgenomen:

"Artikel 3

(...)

lid 2

In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de (zorg)verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de (aanvullende) (zorg)verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de (aanvullende) (zorg)verzekering van toepassing is. (...)"

Naar het oordeel van de commissie volgt uit de hiervoor genoemde bepaling dat niet de (tweede) notadatum – te weten 20 februari 2008 – bepalend is, maar de datum van levering. Het ontvangen van de nota in 2007 dient te worden beschouwd als "levering" in dat jaar, mede omdat het begrip proefplaatsing in de verzekeringsvoorwaarden niet wordt genoemd. Nu de levering in het jaar 2007 plaatsvond, kunnen aan de aanvullende verzekering van 2008 in dit verband geen aanspraken worden ontleend.

Volledigheidshalve merkt de commissie op dat de uitkering ten laste van de zorgverzekering niet mag worden verrekend met de uitkering uit de aanvullende ziektekostenverzekering.

Slotsom

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van het bepaalde in de overwegingen 7.9 en 7.11.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 20 mei 2009,

Voorzitter