



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, stemversterker, mondzorg, gebitsbeschermer, reis- en verblijfkosten
Zaaknummer : 201700203
Zittingsdatum : 21 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.7, 2.9, 2.12 en 2.14 Bzv, 2.6 sub a en 2.8 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Univé Extra Zorgpolis Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een stemversterker, een gebitsbeschermer en reis- en verblijfkosten in verband met een operatie aan de stembanden (hierna: de aanspraak). Bij zorgkostenfacturen van 18 oktober 2016 en 13 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij klachtenformulier van 26 januari 2017 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 april 2017 aan verzoeker gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 april 2017 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 mei 2017 medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 11 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 10 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017017636) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten dan wel zijn beslissing te laten onderbouwen, omdat niet zonder meer vast staat of verzoeker wel of geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de gebitsbeschermer en de spraakversterker. Wat betreft de reis- en verblijfkosten heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen. Bij de biopsie in de neus in de privékliniek was geen sprake van een oncologische behandeling met chemotherapie of radiotherapie, zodat de reiskosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Voorts ging het bij verzoeker niet om medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met medisch specialistische zorg. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de hotelkosten. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 mei 2017 aan partijen gezonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar is verzocht voornoemd nader onderzoek uit te voeren en de commissie binnen veertien dagen te informeren over de uitkomst hiervan.
- 3.9. Bij brief van 15 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie op de hoogte gesteld van de uitkomst van het uitgevoerde onderzoek. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Naar aanleiding van de hoorzitting heeft verzoeker bij e-mailbericht van 21 juni 2017 aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden. Bij brief van 20 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar een reactie gegeven op de aanvullende informatie en een verslag nagestuurd van een gesprek met verzoeker dat plaatsvond op 13 juli 2017. Afschriften van de brief en het verslag zijn aan verzoeker gezonden met de mogelijkheid hier binnen tien dagen op te reageren. Bij e-mailbericht van 24 juli 2017 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 25 juli 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 1 september 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 4 september 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Vanwege stemproblemen is verzoeker op 1 februari 2016 geopereerd in een ziekenhuis in Apeldoorn. Bij deze operatie is een biopt genomen. Het resultaat hiervan was dat de aandoening weliswaar niet kwaadaardig was, maar dat gezien de complexiteit en beschikbare apparatuur verdere behandeling in het ziekenhuis in Apeldoorn niet mogelijk was, zodat verzoeker hiervoor is verwezen naar Amersfoort. Hier is verzoeker op 5 oktober 2016 voor de tweede maal geopereerd. Het doel was biopten te nemen van verdacht weefsel en dit weefsel gelijktijdig met een laser te verwijderen. Het verwijderen van verdacht weefsel is vanwege de beperkte ruimte in de keel niet gelukt. Het nemen van biopten is gedeeltelijk geslaagd. Verder onderzoek kon geen uitsluitel geven over de mate van kwaadaardigheid. Vanwege de ingreep had verzoeker een gebitsbeschermer nodig.

Na de betreffende ingreep is de stemkwaliteit van verzoeker sterk gedaald, zodat hij alleen nog fluisterend kon spreken. Daarom heeft hij een stemversterker aangeschaft. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen.

De behandelend arts heeft verzoeker gevraagd op 31 oktober 2016 naar zijn privékliniek in Amsterdam te komen teneinde via de neus bipten te nemen. Vanwege het late tijdstip (half acht 's avonds), de complexiteit, en de benodigde verdovingen in combinatie met de rijafstand, heeft verzoeker besloten in Amsterdam te overnachten. Vergoeding van de betreffende reis- en verblijfkosten is door de ziektekostenverzekeraar geweigerd.

4.2. Verzoeker heeft diverse malen telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens het eerste telefoongesprek is door een medewerker medegedeeld dat de gebitsbeschermer voor vergoeding in aanmerking komt. Na declaratie werd vergoeding echter geweigerd, omdat de door de tandarts gebruikte code onjuist zou zijn. De medewerker kon niet vertellen wat de juiste code was. Daarom heeft verzoeker op internet naar deze code gezocht, en hierbij bleek dat de tandarts wél de juiste code had toegepast. Telefonische navraag bij de ziektekostenverzekeraar leverde echter niets op. Ook uit de patiënteninformatie die werd verstrekt door het ziekenhuis in Amersfoort blijkt dat een gebitsbeschermer dient te worden vergoed.

4.3. Verzoeker heeft gevraagd om een persoonlijk gesprek bij de ziektekostenverzekeraar, doch dit werd hem geweigerd. Hij begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar niet met hem in gesprek wenst te gaan.

4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald en het volgende aangevoerd. Verzoeker heeft veel moeite gedaan om een goede stemversterker te vinden. Hij heeft inmiddels een stemversterker gekocht van € 427,54 die hij vergoed wil hebben. Daarnaast waren de reis- en verblijfkosten noodzakelijk, aangezien hij anders met gevaar aan het verkeer had moeten deelnemen. De ziektekostenverzekeraar dient deze kosten daarom in redelijkheid te vergoeden.

4.5. Bij brief van 24 juli 2017 heeft verzoeker nogmaals een toelichting gegeven op de noodzaak van de verblijfkosten. Voorts heeft hij gesteld dat de uitgevoerde second opinion geen second opinion was, maar dat de kosten hiervan - ten bedrage van € 264,- - wel aan hem worden doorbelast via het eigen risico.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft drie declaraties bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, ten bedrage van € 212,78 voor een gebitsbeschermer, € 60,- voor een stemversterker en € 303,41 voor reis- en verblijfkosten.

5.2. Een gebitsbeschermer met prestatiecode M61 valt onder mondzorg. Bij verzoeker bestaat geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige, zodat hij op grond van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding. Een aanvullende tandartsverzekering werd door verzoeker niet afgesloten.

5.3. In het 'Reglement hulpmiddelen 2016' is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde in aanmerking komt voor een stemprothese of spraakversterker. De zorgaanbieder die een dergelijk hulpmiddel verstrekt, dient een gecontracteerde medische speciaalzaak te zijn. Aangezien verzoeker de stemversterker niet heeft aangeschaft bij een gecontracteerde medische speciaalzaak, is vergoeding van de door hem voor dit hulpmiddel betaalde kosten afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft eerder ten onrechte gesteld dat een stemversterker geen verzekerde prestatie is, en is daarom bereid de kosten van het eerste, door verzoeker aangeschafte exemplaar ten bedrage van € 60,- te vergoeden.

- 5.4. In artikel 36 van de zorgverzekering is geregeld wanneer aanspraak bestaat op vergoeding van vervoerskosten. Verzoeker voldoet niet aan deze voorwaarden, zodat de door hem gemaakte reiskosten niet ten laste van de zorgverzekering komen. Er is verder geen sprake van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met medisch specialistische zorg, zodat ook de verblijfkosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk geen aanleiding gezien verzoeker uit te nodigen voor een persoonlijk gesprek. Een uitnodiging zou namelijk bij verzoeker verwachtingen wekken, terwijl op basis van de verzekeringsvoorwaarden de ziektekostenverzekeraar genoodzaakt is de afwijzing te handhaven.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en in aanvulling hierop het volgende aangevoerd. De stemversterker had moeten worden aangeschaft bij een gecontracteerde medische speciaalzaak. De ziektekostenverzekeraar is bereid na te gaan of de gebitsbeschermer onder een DBC zorgproduct kan vallen. Verzoeker zal door de ziektekostenverzekeraar, na wisseling van alle aanvullende stukken, alsnog worden uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek.
- 5.7. Bij brief van 20 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat de tandarts de gebitsbeschermer heeft gedeclareerd met code M61 en dat hiervoor noch onder de zorgverzekering noch onder de aanvullende ziektekostenverzekering dekking bestaat. Het bedrag van € 212,78 zal desalniettemin eenmalig worden vergoed. Wel verneemt de ziektekostenverzekeraar graag van het Zorginstituut of de gebitsbeschermer vanuit de DOT had moeten worden vergoed. Tevens zal de ziektekostenverzekeraar eenmalig de kosten van de tweede stemversterker (€ 427,54) voor zijn rekening nemen, waarbij hij erop wijst dat verzoeker heeft gekozen voor een naturapolis en hij om die reden gebruik dient te maken van een gecontracteerde leverancier. Ten aanzien van de reis- en verblijfkosten handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing.
- 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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel hebt. U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;*
- 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- 3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica. (...)"*

- 8.4. Artikel 34 van de zorgverzekering regelt de aanspraak 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 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 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 opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;*
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;*
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;*
- of u vooraf onze toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);*
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;*
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;*
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen. (...)"*

- 8.5. In het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van: (...)

de stembanden, zoals stemprothesen en spraakversterkers al dan niet gecombineerd (...)

*Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen
medisch speciaalzaak*

Bijzonderheden

Als plaatsing of vervanging van deze hulpmiddelen plaatsvindt in een ziekenhuis of op de polikliniek valt dit onder medisch specialistische zorg (...)"

- 8.6. Artikel 35 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op verblijf en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Waar mag het verblijf plaatsvinden

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZinstelling of in een revalidatie-instelling die voldoen aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) deze stelt aan een instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)"

- 8.7. Artikel 36 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zittend ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;

b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;

c. als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;

d. vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:

- een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;

- een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;

e. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a tot en met d;

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

a. u moet nierdialyses ondergaan;

b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;

c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;

d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

e. u bent jonger dan 18 jaar en u bent aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (intensieve kindzorg);

f. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar. (...)"

- 8.8. De artikelen 30, 34, 35 en 36 van de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. Artikel 11, eerste lid, 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.
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan is geregeld in artikel 2.6 Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.8 Rzv.
Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.12 Bzv.
Zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 2.14 Bzv.
- 8.10. 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een gebitsbeschermer, twee stemversterkers en de kosten van vervoer die hij heeft gemaakt in verband met een behandeling in een privékliniek in Amsterdam.
- 9.2. Ten aanzien van de gebitsbeschermer stelt de commissie vast dat deze is vervaardigd door een tandarts en gedeclareerd als mondzorg met verrichtingscode M61. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde, terwijl daarnaast de gebitsbeschermer niet bedoeld is voor herstel of behoud van een tandheelkundige functie. Op basis van artikel 30 van de zorgverzekering bestaat daarom geen recht op vergoeding.
Bij brief van 20 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat door hem contact is opgenomen met het ziekenhuis over de gebitsbeschermer. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop besloten verzoeker tegemoet te komen en de kosten van de gebitsbeschermer, ten bedrage van € 212,78, eenmalig te vergoeden. Hiermee is aan de vordering van verzoeker tegemoet gekomen, en daarom behoeft dit onderdeel van het verzoek geen verdere behandeling.
Ten overvloede kan in dit verband worden opgemerkt dat het Zorginstituut in het definitief advies van 1 september 2017 aan de commissie heeft medegedeeld dat de gebitsbeschermer dient te worden vergoed als onderdeel van de medisch specialistische behandeling. De gebitsbeschermering is kennelijk tijdens de operatie nodig om deze veilig uit te voeren. Hieraan doet niet af dat binnen

de DOT-structuur geen zorgactiviteit beschikbaar is voor een gebits- of mondbeschermer. De hulpmiddelen, die *tijdens* een operatie worden gebruikt, vallen onder het DBC-tarief.

9.3. De stemversterker komt, gelet op het bepaalde in artikel 34 van de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de ziektekostenverzekeraar, voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, mits wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden. In het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat het hulpmiddel moet worden aangeschaft bij een gecontracteerde medische speciaalzaak. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de achterliggende reden van het opnemen van deze voorwaarde is dat de kwaliteit van het hulpmiddel moet kunnen worden gegarandeerd. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoeker niet bestreden, dat de winkel waar de stemversterker is gekocht, geen gecontracteerde medische speciaalzaak betreft. De stemversterker kan daarom niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de kosten van het eerste exemplaar ten bedrage van € 60,- te vergoeden, zodat dit onderdeel geen verdere bespreking behoeft. Bij brief van 20 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat ook de kosten van de tweede stemversterker, ten bedrage van € 427,54, worden vergoed. De commissie concludeert dat ook dit onderdeel van het geschil is opgelost en derhalve geen verdere behandeling behoeft.

9.4. Met betrekking tot het vervoer naar en van Amsterdam geldt dat door verzoeker niet is voldaan aan de voorwaarden voor zittend ziekenvervoer, als bedoeld in artikel 36 van de zorgverzekering. Verzoeker behoort niet tot één van de met name onder a tot en met e genoemde categorieën, en voldoet voorts niet aan de voorwaarden met betrekking tot de hardheidsclausule. De verblijfkosten komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, aangezien het gaat om verblijf in een hotel, en niet in een ziekenhuis, een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, een GGZ-instelling of een revalidatie-instelling als bedoeld in artikel 35 van de zorgverzekering. Voor zover het verzoek ziet op vergoeding van de reis- en verblijfkosten dient dit daarom te worden afgewezen.

9.5. Bij e-mailbericht van 24 juli 2017 heeft verzoeker aan de commissie medegedeeld dat in het ziekenhuis in Bernhoven geen second opinion is uitgevoerd, en dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende declaratie daarom ten onrechte heeft goedgekeurd en betaald. De kosten zijn vervolgens in de vorm van het eigen risico doorberekend aan verzoeker. Aangezien deze kwestie geen deel uitmaakt van het oorspronkelijke verzoek en eerst na afloop van de hoorzitting door verzoeker in de procedure is gebracht, zal de commissie dit onderdeel van het verzoek als tardief aanmerken en om die reden verder onbesproken laten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de kosten van vervoer dan wel verblijf in een hotel, zodat het thans nog resterende deel van het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wat betreft de gevorderde reis- en verblijfkosten dient te worden afgewezen. Voor het overige is de ziektekostenverzekeraar met de toekenning van een vergoeding van totaal € 700,32 volledig tegemoet gekomen aan de onderdelen van het verzoek die betrekking hebben op de gebitsbeschermer en de stemversterkers.

9.8. Aangezien de ziektekostenverzekeraar, lopende de procedure, heeft besloten de gebitsbeschermer en de stemversterkers alsnog te vergoeden, acht de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek, voor zover hieraan door de ziektekostenverzekeraar niet is tegemoetgekomen, af.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--

Zeist, 27 september 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

