

t.

t

t

t

J

~

t.

JJ

t

t

t

~

•

t.

t

~

J
J

·
t

t

t

t

~

STICHTING **KLACHTEN EN GESCHILLEN ZORCVERZEKERINCEN**

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelen, gehoorapparaat
Zaaknummer : 2007.2674
Zittingsdatum : 23 april 2008

Zaak 2007.2674. Hulpmiddelen. gehoorapparaat

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 11 Zvw, 2.9 Bzv en 2.6 en 2.33 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 19 november 2007 de kosten van een gehoorapparaat niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) .

3.2. Verzoekster wenst aanspraak te maken op vergoeding van de kosten van een gehoorapparaat ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 13 december 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren .

3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 8 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2008 aan verzoekster toegezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21

februari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft eveneens te kennen gegeven telefonisch gehoord te willen worden.

3.8. Bij brief van 20 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw, gevraagd. Bij brief van 17 maart 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoekster niet voldoet aan de indicatievoorwaarden. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 april 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

3.10. Bij brief van 24 april 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 8 mei 2008 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 verzoekster

4.1. Verzoekster heeft een nota opgestuurd met het oog op vergoeding van kosten van een gehoorapparaat. Hierop is door de zorgverzekeraar afwijzend beslist. Verzoekster is het hier niet mee eens en voert daartoe aan dat zij, voordat zij overging tot de aanschaf, op 23 februari 2007 heeft gebeld met de zorgverzekeraar en dat een, door haar met achternaam en roepnaam genoemde medewerker, haar verteld heeft dat maximaal € 476,00 vergoed zou worden - na overlegging van een verklaring van een KNO-arts - ook al betreft het één hoortoestel.

4.2. Verzoekster geeft aan dat haar gehoor beperkt is en dat zij zonder hoortoestel niet in staat is om gesprekken met meer dan twee mensen te voeren en te volgen. Toen de zorgverzekeraar vijf jaar geleden haar van haar toenmalige ziektekostenverzekeraar overnam, is haar beloofd dat de voorwaarden gelijk zouden blijven. Verzoekster heeft twaalf jaar geleden een gehoorapparaat vergoed gekregen. Destijds was sprake van eenzelfde patroon van gehoorverlies. Gezien de gedane belofte zou vergoeding vanzelfsprekend moeten zijn.

4.3. Desgevraagd heeft verzoekster ter zitting aangegeven dat haar is medegedeeld dat een vergoeding mogelijk was, mits de juiste weg wordt bewandeld en er een medische indicatie aanwezig is.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de kosten van het gehoorapparaat, aan haar dient te vergoeden .

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar verwijst naar de wet- en regelgeving en somt de voorwaarden op waaraan dient te worden voldaan wil verzoekster aanspraak kunnen maken op vergoeding van de kosten van het gehoorapparaat. Ten aanzien van de stelling dat een medewerker tegen verzoekster gezegd zou

hebben dat zij recht heeft op een vergoeding van € 476,00, merkt de zorgverzekeraar op dat uit het klantcontact systeem daarvan niets is gebleken.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag voor vergoeding van de kosten van het gehoorapparaat 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op hulpmiddelenzorg of diensten is geregeld in artikel 22 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt voor zover hier van belang, het volgende:

*"U heeft aanspraak op:
-verstrekking van hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom of in bruikleen;
hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
reservehulpmiddelen;
overeenkomstig het Reglement Hulpmiddelen. (. .)."*

In Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is onder het hoofd "Definities" opgenomen dat het inhoudelijk betreft de hulpmiddelen op grond van de Zvw

- 7.2. De regeling in artikel 22 van de zorgverzekering is 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).

- 7.3. Artikel 11 lid 1, onderdeel a, van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelenzorg is, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.9 van het Bzv, en uitgewerkt in de artikelen 2.6 e.v. van de Rzv.

- 7.4 In artikel 2.6 lid 1, aanhef en onderdeel g, van de Rzv is geregeld dat aanspraak bestaat op gehoorhulpmiddelen als omschreven in artikel 2.14. Artikel 2.14 van de Rzv, bepaalt dat hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 onderdeel g omvatten:

*"1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 eerste lid, onderdeel g, omvatten:
a. elektro-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 gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken en de verschaffing en vervanging van oorstukjes, indien voldaan is aan één van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling. "*

In bijlage 3, onderdeel 4, van de Rzv is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"Zorginhoudelijke criteria voor hoortoestellen zijn:

a. voor één hoortoestel, dat 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 dat het verstaan van spraak, in stilte aangeboden, met normale sterkte (55 dB) door toepassing van het hoortoestel ten minste 20% toeneemt.

b. voor twee hoortoestellen, dat 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 zorgvragen. "

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving, in die zin dat hier rechtstreeks naar wordt verwezen.
- 7.6. In geschil is de vraag of de situatie van verzoekster voldoet aan hetgeen ten aanzien van de indicatie is gesteld in bijlage 3, onderdeel 4, letter a van de Rzv. De commissie overweegt daartoe allereerst het volgende Het gehoorverlies op het beste oor is blijkens de stukken 15 tot 20 dB, zodat de aanspraak van verzoekster om die reden niet voldoet aan de van toepassing zijnde polisvoorwaarde. Van een bijzondere zorgvraag, als bedoeld onder letter c van die bepaling, is niet gebleken. Ook de gestelde eerdere toezegging in algemene zin aangaande een gelijk blijvend verzekerde pakket - het zou gaan om een toezegging door een zorgverzekeraar van wie de rechtsvoorganger van de huidige zorgverzekeraar de verzoekster, met de verzekeringsportefeuille van eerstgenoemde zorgverzekeraar (dus kennelijk collectief), zou hebben overgenomen - biedt geen basis voor een aanspraak thans, afgezien nog van het overgangsrecht. .
- 7.7. Waar verzoekster stelt dat haar telefonisch een toezegging is gedaan door een medewerker van de zorgverzekeraar dat zij een vergoeding van € 476,00 voor het gehoorapparaat zou krijgen, oordeelt de commissie als volgt. Gesteld dat zodanige toezegging is gedaan (volgens zorgverzekeraar blijkt dit niet uit zijn klantcontact registratie), dient te worden gewezen op het navolgende.
- Een zorgverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. In het bijzonder indien het gaat om een telefonische reactie op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de zorgverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat de verzekerde afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan hij zij schade lijdt. Hiervan is in de

procedure niet gebleken.

7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2008

Voorzitter