

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Hulpmiddelen, hoortoestel
Zaaknummer	: ANO08.184
Zittingsdatum	: 23 juli 2008

Zaak: ANO08.184 (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 2008, art. 10 Zvw, art. 2.9 Bzv, artt. 2.6 en 2.14 Rzv, Bijlage 3 Rzv).

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de zorgverzekeraar van 6 en 13 februari 2008 de kosten van één hoortoestel niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker 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, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verzoeker was tevens aanvullend verzekerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.2. Verzoeker heeft een slecht gehoor en heeft daarom bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van één hoortoestel ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 6 en 13 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 8 maart 2008 heeft verzoeker de Ombudsman Zorgverzekeringen verzocht te bemiddelen in zijn kwestie met de zorgverzekeraar. Bij brief van 9 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aangegeven, geen aanleiding te zien alsnog de kosten van het hoortoestel te vergoeden.
- 3.5. Bij brief van 16 mei 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 3 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 juni 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 juni 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 17 juni 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 6 juni 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 juni 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen om reden dat verzoeker niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor een hoortoestel en tevens geen sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat uit de e-mail van de zorgverzekeraar van 22 januari 2008 volgt dat hij in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van één hoortoestel. Naar aanleiding van deze e-mail, en met toestemming van een medewerkster van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener, is vervolgens een hoortoestel besteld.
- 4.2. Verzoeker stelt verder dat hem tijdens een telefoongesprek op 6 februari 2008 met een bij naam genoemde medewerkster van de zorgverzekeraar, is toegezegd dat de kosten van een hoortoestel vergoed zouden worden.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker vanaf het begin van zijn aanvraag op de hoogte was van het feit dat de kosten van één hoortoestel vanuit de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dit blijkt onder meer uit de e-mail van verzoeker van 19 januari 2008 aan de zorgverzekeraar, waarin verzoeker aangeeft dat de oorarts hem heeft medegedeeld dat geen vergoeding wordt gegeven voor de aanschaf van één hoortoestel.
- 5.2. Verder heeft de medewerkster van de gecontracteerde zorgverlener, bij wie verzoeker het hoortoestel heeft besteld, de zorgverzekeraar medegedeeld dat zij verzoeker meteen op de hoogte heeft gesteld van het feit dat het hoortoestel niet vanuit de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt en dat zij slechts een coulan-ceverzoek kon indienen bij de zorgverzekeraar. In dit verzoek staat duidelijk vermeld dat verzoeker niet voldoet aan de vergoedingseisen van de zorgverzekeraar.
- 5.3. De zorgverzekeraar verwijst verder naar de zorgverzekering en de regelgeving en stelt dat bij verzoeker geen sprake is van een indicatie op grond waarvan hij aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van één hoortoestel. Deze kosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking, indien het drempelverlies van het audiogram van het beste oor tenminste 35 dB bedraagt en indien het verstaan van

spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55 dB) door toepassing van het hoortoestel tenminste 20 % bedraagt. Het beste oor van verzoeker heeft een gehoorverlies van 23 dB.

- 5.4. De zorgverzekeraar 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelen is geregeld in artikel 29 van de zorgverzekering. In dit artikel is bepaald dat vergoeding van de kosten van hulpmiddelen plaatsvindt, overeenkomstig het reglement Hulpmiddelen.
- 7.2. Het reglement Hulpmiddelen is een nadere uitwerking van de Regeling zorgverzekering (Rzv) en verwijst, wat betreft de gehoorhulpmiddelen, naar de artikelen 2.6 lid 1 sub g en 2.14 Rzv.
- 7.3. Artikel 29 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Rzv.
- 7.4. 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 omschreven in artikel 2.9 Bzv en uitgewerkt in artikel 2.6 Rzv. De aanspraak op gehoorhulpmiddelen is geregeld in de artikelen 2.6 lid 1 sub g en 2.14 Rzv. Laatstgenoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 eerste lid, onderdeel g, omvatten:

- 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 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;*
(...)
c. een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen alsmede verschaffing en vervanging van oorstukjes.”

Bijlage 3, onderdeel 4 van de Rzv bepaalt:

“Hoortoestel

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 met ten minste 20% toeneemt;*
- b. voor twee hoortoestellen (...);*
- c. bijzondere individuele zorgvragen.”*

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is primair of bij verzoeker sprake is van een indicatie op grond waarvan hij aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering. Subsidiair is in geschil of sprake is van een toezeggingen door of namens de zorgverzekeraar, waaraan verzoeker het in rechte te beschermen vertrouwen mocht ontleen dat de kosten van een hoortoestel vergoed zouden worden.
- 7.7. De commissie stelt vast dat uit de onderliggende stukken blijkt dat verzoeker niet voldoet aan het zorginhoudelijke criterium van bijlage 3, onderdeel 4 sub a van de Rzv, nu het drempelverlies van het audiogram van zijn beste oor minder dan 35 dB, namelijk 23 dB, bedraagt.
- 7.8. Dit laat de mogelijkheid open dat bij verzoeker sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag in de zin van bijlage 3, onderdeel 4 sub c van de Rzv. Uit de toelichting op die bepaling volgt dat het aan de zorgverzekeraar is overgelaten te bepalen of en in hoeverre daarvan in het individuele geval sprake is. De zorgverzekeraar sluit zich aan bij een voorbeeldadvies van het College voor zorgverzekeringen in het kader van de Ziekenfondswet. Dit advies bepaalt dat kan worden gesproken van een bijzondere individuele zorgvraag in het geval de drempelwaarde van 35 dB aan het beste oor niet wordt gehaald, maar er sprake is van een grensgeval (25-35dB), dan wel indien het spraakverstaan met versterking met meer dan 20% toeneemt, waardoor een goed revalidatie-effect wordt bereikt en tot slot, indien er bijzondere omstandigheden zijn, zoals oorsuizen, in combinatie met een gehoorverlies van 25-35 dB beiderzijds. De zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat daarvan geen sprake is in het geval van verzoeker. Naar het oordeel van de commissie heeft de zorgverzekeraar zich hiermee - gegeven de autonome beleidsruimte van een zorgverzekeraar - op een redelijk standpunt gesteld. Tevens is niet gebleken van andere omstandigheden welke een afwijking van die gekozen maatstaf in redelijkheid zou moeten rechtvaardigen.
- 7.9. Wat betreft de stelling van verzoeker dat uit de e-mail van de zorgverzekeraar van 22 januari 2008 volgt, dat hij in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van één hoortoestel, constateert de commissie dat in deze e-mail aan verzoeker slechts algemene informatie wordt verstrekt over de vereisten voor vergoeding van de kosten van hoortoestellen vanuit de zorgverzekering en dat niet daaruit mag worden afgeleid, zoals verzoeker kennelijk doet, dat verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van een hoortoestel.

- 7.10. Voor zover verzoeker stelt dat hem telefonisch een toezegging is gedaan door een, bij naam genoemde, helpdeskmedewerkster, en deze hem de mededeling heeft gedaan dat het hoortoestel volledig wordt vergoed indien hij daarvoor een aangepaste aanvraag indient, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.11. De 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. Met name indien het gaat om reacties 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.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juli 2008,

Voorzitter