

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2011.01656
Zittingsdatum : 11 januari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub g, 2.14 en Bijlage 3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een hoortoestel (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 september 2011 heeft verzoekster 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 januari 2012 telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 18 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011121668) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor een hoortoestel.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 december 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 7 december 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft tweemaal telefonisch gesproken met bij naam genoemde medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar beide keren is medegedeeld dat de aanschafkosten van een hoortoestel zouden worden vergoed. Verzoekster is hierop overgegaan tot de aankoop van het hoortoestel. Eerst na declaratie hiervan is haar verteld dat zij een machtiging had moeten vragen, omdat nadere criteria van toepassing zijn, waaraan zij volgens de ziektekostenverzekeraar niet voldoet. Verzoekster is van mening dat dit aan haar voorafgaand aan de aanschaf van het hoortoestel telefonisch had moeten worden medegedeeld.
 - 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een hoortoestel wordt vergoed indien sprake is van een gemiddeld drempelverlies van het beste oor van ten minste 35dB, en het verstaan van spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55dB), door toepassing van het hoortoestel met ten minste 20 percent toeneemt. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarden, zodat zij geen aanspraak heeft op een hoortoestel.
 - 5.2. Uit de telefoonregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt niet dat aan verzoekster telefonisch de toezegging is gedaan dat het hoortoestel zou worden vergoed. Haar is slechts de hoogte van de maximale vergoeding medegedeeld.
 - 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het besluit Zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie) verstrekt [naam ziektekostenverzekeraar] in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] kunt u vinden welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt. (...)

- 8.4. In het 'Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar]' is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

<i>"hoortoestellen</i>	<i>(...)</i>	<i>maximale vergoeding eerste verstrekking of herhaling:</i>
		<i>- binnen 6 jaar € 496,50</i>
		<i>- tussen 6 en 7 jaar € 587,50</i>
		<i>- na 7 jaar € 678,-</i>
		<i>maximale vergoeding jonger dan 16 jaar: € 678,-</i>
		<i>hoortoestel in brilmontuur € 64,- (...)"</i>

- 8.5. Artikel 31 van de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar]' zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.

- 8.7. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 sub g, 2.14 en Bijlage 3 Rzv. Artikel 4 van Bijlage 3 Rzv luidt, voor zover hier van belang:

“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. (...)*”

- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 42 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Hoortoestel: het verschil tussen de aanschafwaarde en de vergoeding vanuit de zorgverzekering tot max. € 200,- (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een hoortoestel indien het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 dB bedraagt. Gelet op het audiogram dat bij verzoekster is gemaakt, voldoet zij niet aan dit criterium, zodat zij geen aanspraak heeft op een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een aanvullende dekking van € 200,-- voor een hoortoestel. Voorwaarde is dat een gedeeltelijke vergoeding is verleend vanuit de zorgverzekering. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, zodat haar ook geen aanvullende vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering toekomt.

Telefonische toezegging

- 9.3. Verzoekster heeft gesteld dat zij tweemaal met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken. Hierbij zou haar zijn verteld dat de kosten van een hoortoestel voor vergoeding in aanmerking komen. Naar het oordeel van de commissie heeft verzoekster aannemelijk gemaakt dat zij met de betreffende medewerkers heeft gesproken en dat hierbij bedragen zijn genoemd. Onduidelijk is echter wat hierbij de vraagstelling is geweest. Uit de telefoonregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt niet dat een toezegging is gedaan; er is enkel gesproken over de maximale vergoeding voor een hoortoestel. Door verzoekster is niet aannemelijk gemaakt dat die vergoeding haar zonder meer is toegezegd. Dit temeer nu haar kennelijk door de gecontracteerde leverancier werd medegedeeld dat haar geen vergoeding zou worden verleend, hetgeen de aanleiding was om nogmaals met de ziektekostenverzekeraar te bellen.

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, 11 januari 2012,

Voorzitter