

# BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D  
: Hulpmiddelen, Bi-cross hoorapparaat  
Zaak : 2008.01738  
Zaaknummer : 12 augustus 2009  
Zittingsdatum

Zaak: 2008.01738. hulpmiddelen. Bi-cross hoorapparaat

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.14 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 5 juni 2008 de kosten van een Bi-cross hoorapparaat niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Aanvullend Classic (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend klinisch-fysicus-audioloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "rechts totale gehooruitval sinds 1987, links gering-matig perceptief gehooruitval". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een Bi-cross hoortoestel" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 22 juni 2008 heeft verzoekster haar geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 24 november 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de

aanvullende ziektekostenverzekering in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 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 stukken gevoegd.
  - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 14 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 juni 2009 aan verzoekster toegezonden.
  - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en ziektekostenverzekeraar hebben op 16 juni respectievelijk 29 juni 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
  - 3.9. Bij brief van 10 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 25 juni 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29063025) de commissie geadviseerd over te gaan tot nader onderzoek naar de individuele zorgvraag van verzoekster.
  - 3.10. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 juni 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 juli 2009 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
  - 3.11. Bij brief van 28 juli 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de reactie van de ziektekostenverzekeraar toegezonden met het verzoek mede te delen of deze reactie aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 3 augustus 2009 de commissie medegedeeld dat hij zich kan vinden in het oordeel van de ziektekostenverzekeraar er dat geen sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag, zodat deze reactie 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 stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij in 1987 is geopereerd aan een tumor aan de rechter gehoorzenuw. Dientengevolge is zij geheel doof aan het rechteroor. Haar Bi-cross hoorapparaat helpt haar de een-origheid deels te compenseren, waardoor zij voldoende kan functioneren in een sociale omgeving.
  - 4.2. Het vorige Bi-cross hoorapparaat, waarmee zij negen jaar heeft gedaan, is aan vervanging toe. Verzoekster begrijpt niet waarom het aangevraagde hoorapparaat niet wordt vergoed, nu zij ook een eerste apparaat van de ziektekostenverzekeraar heeft gekregen en niet betwist is dat zij een zodanig apparaat nodig heeft voor haar sociale functioneren.
  - 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering niet voldoet aan de indicatievereisten om voor vergoeding van een Bi-cross hoorapparaat in aanmerking te komen. Het feit dat in 1999, op grond van de toen vigerende wetgeving, wel een machtiging is afgegeven, kan haar thans niet baten.
- 5.2. In reactie op het advies van het CVZ is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling van het reeds eerder gestelde nog aangevoerd dat bij verzoekster sprake is van "origheid", hetgeen door de wetgever als acceptabel wordt aangemerkt. De oorzaak van de gehooruitval, een tumor, is als zodanig geen indicatie die is aan te merken als bijzondere zorgvraag.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of in de situatie van verzoekster een Bi-cross hoorapparaat op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

*Ten aanzien van de Zorgverzekering*

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepols, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier relevant:

*"Omschrijving:*

*vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van die zorg. In het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 zijn de voorwaarden met betrekking tot die hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. (. . .)*

*Eigen bijdrage:*

*voor de hulpmiddelen waarvoor een eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt volgens de genoemde Regeling zorgverzekering, is het bedrag opgenomen in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008*

*Voorschrift:*

*zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008*

*Machtiging:*  
zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008

*Bijzonderheden:*

(. . .)

*3. de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [website ziektekostenverzekeraar]. "*

Artikel 4.7 van het Reglement hulpmiddelen 2008 van de ziektekostenverzekeraar geeft de nadere bepaling voor gehoorhulpmiddelen:

*"Omschrijving:*  
*electra-akoestische hoortoestellen.*

(. . .)

*Machtiging: ja, eenmalig. Beoordeling door [naam ziektekostenverzekeraar].*

*Verwijzing: ja, door een audiologisch centrum of - als het een verzekerde betreft ouder dan 16 jaar - door de behandelend keel-, neus-, en oorarts*

(. . .)"

Ten algemene wordt in artikel 1 van het Reglement hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar bepaald:

*"Dit Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 is de nadere uitwerking van de aanspraken als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden [naam ziektekostenverzekeraar] 2008, artikel 33, Hulpmiddelenzorg, en de Regeling zorgverzekering ten aanzien van hulpmiddelenzorg, zoals die gelden vanaf 1 januari 2008. In de Regeling zorgverzekering is in het algemeen bepaald welke medische hulpmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties krachtens de Zorgverzekeringswet onder de aanspraak vallen van de [naam ziektekostenverzekeraar] zorgverzekering 2008. het is aan de zorgverzekeraars overgelaten andere voorwaarden te stellen."*

Artikel 4.7 van het Reglement hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar bepaalt ten aanzien van de hoogte van de vergoeding:

*"(. . .)*  
*maximum vergoeding hoortoestel:*

*(. . .)*  
*vorig toestel ouder dan 7 jaar: € 657, 50;*  
*(. . .)"*

Artikel 33 van de zorgverzekering en de artikelen 1 en 4.7 van het Reglement hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.3

Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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

7.4

uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Hulpmiddelen zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 van het Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 tot en met 2.36 van de Rzv. De aanspraak op gehoorhulpmiddelen, waartoe een Bi-cross hoortoestel wordt gerekend, is geregeld in de artikelen 2.6 onder g en 2.14 van de Rzv. De indicaties zijn vastgelegd in Bijlage 3, onderdeel 4 Rzv. Hierin wordt bepaald:

*"4. 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 minstens 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. Uit de stukken blijkt dat verzoekster niet voldoet aan het zorginhoudelijke criterium van bijlage 3, onderdeel 4 sub a Rzv, aangezien uit het audiogram blijkt dat het drempelverlies van het beste oor, gemeten bij de frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz, minder dan 25 dB bedraagt. Verzoekster voldoet derhalve niet aan de voorwaarde dat het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 dB dient te bedragen.
- 7.7. Met betrekking tot de bijzondere individuele zorgvraag, als bedoeld onder sub c van bijlage 3, onderdeel 4 Rzv, oordeelt de commissie als volgt. Van een bijzondere zorgvraag kan in de eerste plaats sprake zijn indien zich de combinatie van de volgende omstandigheden voordoet:
  - het gehoorverlies van het beste oor bedraagt tussen de 25 en 35 dB;
  - met versterking neemt het spraakverstaan met minimaal 20 percent toe;
  - er zijn bijzondere omstandigheden, zoals oorsuizen.
 Aangezien het gehoorverlies van het beste oor minder dan 25 dB bedraagt, kan op grond van deze criteria niet worden gesproken van een bijzondere individuele zorgvraag.
- 7.8. Daarnaast dient te worden beoordeeld of anderszins sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Het moet dan gaan om beperkingen van de gehoorfunctie in samenhang met feiten en/of omstandigheden die niet vaak voorkomen. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt. Uit de toelichting op artikel 2.14 van de Rzv blijkt dat het criterium "bijzondere individuele zorgvragen" niet nader door de wetgever is ingevuld. Gezien de regierol die de wetgever de zorgverzekeraars heeft toebedacht, in het bijzonder op het gebied van de hulpmiddelenzorg, moet worden aangenomen dat de toetsing of de situatie van een verzekerde voldoet aan deze indicatie tot de discretionaire bevoegdheid van de ziektekostenverzekeraar behoort. Vorenstaande brengt met zich dat de commissie dit indicatiecriterium slechts marginaal kan toetsen.
- 7.9. De commissie is, gelet op de zorgvraag van verzoekster, die met name ziet op haar sociaal functioneren, van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot zijn oordeel heeft kunnen komen dat in de situatie van verzoekster geen sprake is

van een bijzondere individuele zorgvraag als bedoeld in de zorgverzekering.

- 7.10. De stelling van de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 11 november 2008 dat de in 1999 afgegeven machtiging niet meer relevant is, omdat op grond van de zorgverzekering zelfstandig moet worden beoordeeld of thans een aanspraak op het Bi-crosshoorapparaat bestaat, kan naar het oordeel van de commissie evenwel geen stand houden.

Verzoekster beschikt over een in 1999 afgegeven machtiging, welke ingevolge artikel 4.7 van het Reglement hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar slechts eenmalig behoeft te worden aangevraagd. Naar het oordeel van de commissie werkt deze in 1999 afgegeven machtiging voor het Bi-cross hoorapparaat onverkort door, nu haar omstandigheden niet zijn gewijzigd en de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk heeft gemaakt dat ten tijde van de eerste aflevering andere criteria van toepassing waren, zodat verzoekster derhalve aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van (vervanging) van haar Bi-crosshoortoestel ten laste van de zorgverzekering tot het maximale bedrag van € 657,50.

*De aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.11. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg is geregeld in artikel 42 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin wordt, voor over relevant het volgende bepaald:

"( ... )

*"Bijzonderheden*

*de vergoeding wordt uitsluitend verleend voor een hoortoestel (. . .) welke vergoed of verstrekt is op grond van de artikelen 2.14 en 2.18 van de Regeling Zorgverzekering en bedraagt het verschil tussen de aankoopprijs en de vergoeding op grond van de Zorgverzekering tot maximaal € 200,- voor een hoortoestel (. . .)."*

- 7.12. Aangezien verzoekster een Bi-crosshoorapparaat ten laste van de zorgverzekering wordt verstrekt, en de kosten van het hoortoestel € 1.695,- bedragen, komt zij tevens in aanmerking voor de aanvullende vergoeding van maximaal € 200,- op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

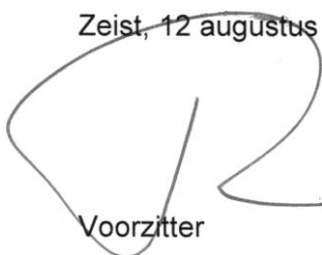
Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van het bovenstaande.

8.2 De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 12 augustus 2009,



Voorzitter