

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg; hoortoestellen
Zaaknummer : 2008.02122
Zittingsdatum : 1 juli 2009

Zaak: 2008.02122 (Hulpmiddelenzorg; hoortoestellen)

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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.14 Rzv en Bijlage 3 onderdeel 4 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 beslissing van de zorgverzekeraar van 23 juni 2008 hem geen toestemming te verlenen voor de levering van twee hoortoestellen, alsmede tegen de beslissing van 17 juli 2008 van de zorgverzekeraar de reguliere onderhoudskosten van de intussen door hem aangeschafte hoortoestellen 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 betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 4 sterren, Beter Af Tandarts Polis 4 sterren en Beter Af Extra Pakket afgesloten. Alle genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekeringen blijven in het vervolg buiten beschouwing.
- 3.2. Op 1 april 2004 zijn door de zorgverzekeraar aan verzoeker twee hoortoestellen verstrekt. Omdat de toestellen na tweeënhalf jaar gebreken gingen vertonen heeft verzoeker opnieuw aanspraak gemaakt op twee hoortoestellen. Voorts heeft hij de zorgverzekeraar verzocht de reguliere onderhoudskosten van de intussen door hem aangeschafte hoortoestellen te vergoeden (hierna: de aanspraak). Bij e-mails van 23 juni en 17 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 september 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 8 januari 2009 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,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 8 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 17 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 mei 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker niet heeft voldaan aan de voorwaarde van voorafgaande machtiging door de zorgverzekeraar. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 1 juli 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 juli 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden 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 7 juli 2009 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft sinds 2004 twee hoortoestellen. Aangezien deze hoortoestellen regelmatig gebreken vertoonden, en verzoeker gedurende de reparatieperiode zijn hoortoestellen moest missen, heeft hij de zorgverzekeraar op 28 maart 2009 per e-mail verzocht om twee nieuwe exemplaren ten laste van de zorgverzekering. Naar aanleiding van de afwijzing van de aanvraag door de zorgverzekeraar heeft verzoeker voorgesteld de hoortoestellen zelf aan te schaffen en de oude als reserve te gebruiken. In aansluiting daarop heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht de hoortoestellen alsnog, met terugwerkende kracht, te vergoeden zodra de termijn van vijf jaar verstreken zou zijn. De zorgverzekeraar heeft ook hierop afwijzend beslist.

- 4.2. In 2008 heeft verzoeker voor eigen rekening nieuwe hoortoestellen aangeschaft en de zorgverzekeraar verzocht voortaan de eventuele reparatiekosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. De communicatie met de zorgverzekeraar is zeer slecht verlopen. Indien dit anders was geweest, hadden wellicht geen kosten hoeven te worden gemaakt. In de situatie van verzoeker is naar zijn mening toepassing van de regelgeving in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Het is daarom in ieder geval redelijk dat de reparatiekosten worden vergoed. Voorts heeft verzoeker ter zitting medegedeeld dat de verklaring waarop de zorgverzekeraar zich heeft gebaseerd, afkomstig zijn van personen die niet kundig zijn om over de kwestie een oordeel te vellen.
- 4.4. 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 dat een hoortoestel slechts vijf jaar na aanschaf kan worden vervangen ten laste van de zorgverzekering indien een medische indicatie aanwezig is. Voor een eventuele aanschaf binnen die termijn had verzoeker tevoren een machtiging moeten vragen, met medische onderbouwing. Daarvan is bij verzoeker geen sprake. Voorts verklaart de zorgverzekeraar geen reparatiekosten te vergoeden van hoortoestellen waarop geen aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de technisch adviseur aardig wat expertise heeft. Hij heeft geoordeeld dat transpiratie de oorzaak is van de klachten. Nieuwe hoortoestellen zouden het probleem niet oplossen. Dit is de reden dat ook de reparatiekosten niet zijn vergoed. De termijn waarbinnen een nieuw hoorapparaat kan worden geleverd is vijf jaar. Dit leidt ertoe dat verzoeker in 2009 een nieuw hoorapparaat kan declareren, omdat de eerdere hoortoestellen in april respectievelijk november 2004 zijn geleverd.
- 5.3. 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. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is aan verzoeker de kosten van de in-tussen door hem aangeschafte hoortoestellen – al dan niet na ommekomst van een termijn van vijf jaar –, te vergoeden, dan wel de reparatiekosten van de nieuwe hoortoestellen te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. 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) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de zorgverzekering.

De aanspraak op hulpmiddelen is opgenomen in artikel 29 van de aanspraken van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“29.1 Algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

- *levering van hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;*
- *het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;*
- *reservehulpmiddelen;*

overeenkomstig het [naam concern] reglement Hulpmiddelen.”

- 7.3. In artikel 1 van het ‘Reglement Hulpmiddelen 2008’ bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Het [naam concern] reglement Hulpmiddelen 2008 vormt een nadere uitwerking van de Regeling Zorgverzekering.”

- 7.4. Artikel 3 van het ‘Reglement Hulpmiddelen 2008’ kent nadere voorwaarden met betrekking tot de aanspraak op hulpmiddelen. Artikel 3.7.1 van het ‘Reglement Hulpmiddelen 2008’ luidt, voor zover voor het onderhavige geval relevant, als volgt:

“3.7.1 Gehoorhulpmiddelen met uitzondering van ringleiding, infrarood en fm-apparatuur:

Artikel Regeling : artikel 2.6, lid 1g, verder uitgewerkt in artikel 2.14.

Bruikleen/eigendom : eigendom.

Aanvraag/machtiging : ja, plus audiogram.

Procedure : beoordeling wordt door gecontracteerde leverancier gedaan. Als er gebruik gemaakt wordt van een niet-gecontracteerde leverancier dan wordt de beoordeling door de [naam concern] gedaan.

Voorschrijver : KNO-arts of audioloog.

Vervanging/herstel : verzekerde kan zich rechtstreeks melden bij de gecontracteerde leverancier. Deze beoordeelt nut en noodzaak van vervanging/herstel. Echter bij vervanging binnen 5 jaar na vorige levering en bij reparaties hoger dan € 140,- en indien men gebruik maakt van een niet-gecontracteerde leverancier, vindt de beoordeling van de aanvraag altijd plaats door de [naam concern] (...).”

- 7.5. Artikel 29 van de zorgverzekering en de artikelen 1 en 3 van het ‘Reglement Hulpmiddelen 2008’ zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.6. 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.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang omschreven in artikel 2.9 Bzv, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 e.v. Rzv.
- 7.7. In artikel 2.6 lid 1, aanhef en onderdeel g Rzv is geregeld dat aanspraak bestaat op gehoorhulpmiddelen als omschreven in artikel 2.14 Rzv. Artikel 2.14 lid 1 Rzv bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

*“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 gehoorlepel 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, Rzv is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

- 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 richtinghooren hersteld wordt tot een hoek van 45 graden;
- c. bijzondere individuele zorgvragen.”

- 7.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.9. De commissie stelt vast dat ingevolge de polisvoorwaarden voor bedoelde vervanging van een hoortoestel een voorafgaande machtiging is vereist die medisch moet zijn onderbouwd. Verzoeker is in 2008 zonder een dergelijke machtiging overgegaan tot aanschaf wegens gestelde ondeugdelijkheid (en terugkerende reparatiekosten) van de in 2004 geleverde apparatuur, zonder in plaats daarvan tegenover de zorgverzekeraar aanspraak te maken op tussenkomst ter zake van reparatie of mogelijk zelfs vervanging door de leverancier. Het ontbreken van een machtiging voor die aanschaf brengt met zich dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de aanschafprijs, ten laste van de zorgverzekering. Eén en ander brengt tevens met zich dat verzoeker evenmin recht heeft op eventuele verbandhoudende met reparatie van de door hem – zonder machtiging – aangeschafte hoortoestellen.
- 7.10. Voor zover verzoeker een beroep doet op (gebrek aan) coulance aan de zijde van de zorgverzekeraar, merkt de commissie op dat zij daarin niet kan treden aangezien zij niet bevoegd is te oordelen over het coulancebeleid van de zorgverzekeraar.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2009,

Voorzitter

