

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Hulpmiddelen, hoortoestellen
Zaaknummer	: ANO06.82
Zittingsdatum	: 18 oktober 2006

Zaak ANO06.82, Hulpmiddelen, hoortoestellen

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

(art. 11 Zvw, 2.9 Bzv en 2.6 jo 2.26 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

2.1 Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 13 maart 2006 inzake het niet verstrekken van een hoortoestel.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1 Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), en een aanvullende verzekering.

3.2 Bij brief van 13 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten van het hoortoestel niet worden vergoed.

3.3 Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd, waarna deze hem bij brief van 22 mei 2006 heeft medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4 Bij brief van 5 juni 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar de bovengenoemde kosten dient te vergoeden.

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

3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 13 juli 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7 Op 17 juli 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoeker en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

3.8 Verzoeker en zorgverzekeraar zijn op 18 oktober 2006 in persoon gehoord.

3.9 Bij brief van 23 oktober 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 Zvw.

- 3.10 Het College voor Zorgverzekeringen heeft op 15 december 2006 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zorgverzekeringswet, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1 Verzoeker is begin januari 2005 plotseling doof geworden aan zijn linkeroor, nadat een griepvirus zich in het slakkenhuis van zijn oor had genesteld. Dit is niet op tijd gesignaleerd, waardoor de schade aan het gehoor definitief is. Verzoeker heeft vervolgens een oorplastiek aangemeten gekregen, maar daar heeft hij niets aan gehad. Het heeft hem wel ongeveer € 65,00 gekost. Vervolgens is hij eind 2005 bij de firma Schoonenberg geweest en daar is hem een hoorapparaat met een cross-systeem geadviseerd. Verzoeker heeft het hoorapparaat meegekregen en hij is er tevreden mee.
- 4.2 Verzoeker beroept zich op het feit dat hij voorzien van informatie en met zeer gerichte vragen naar een van de zorgkantoren van de zorgverzekeraar is gegaan om te informeren hoe de vergoeding van een hoorapparaat met een cross-systeem zoals hem dat is meegegeven, in de zorgpolis is geregeld. Ten kantore van de zorgverzekeraar heeft een baliemedewerker, ter beantwoording van deze vraag, informatie voor hem heeft uitgedraaid, bestaande uit één A4-tje waarop vermeld de maximum vergoedingen en de eigen bijdragen voor hoortoestellen zoals die in 2006 te gelden hebben. Deze uitdraai vermeldt geen nadere voorwaarden. Verzoeker is dan ook van mening dat de zorgverzekeraar gehouden is het hoortoestel te vergoeden.
- 4.3 Verzoeker geeft aan dat hij de declaratie heeft ingediend, maar op de desbetreffende afdeling blijkt men een maand gewacht te hebben met het in behandeling nemen van de declaratie. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar met een onbegrijpelijk technisch verhaal is gekomen en zijn verzoek simpelweg heeft afgewezen. Verzoeker begrijpt niet waarom het decibelverlies aan zijn 'goede' oor relevant is, nu hij voor een crossmodel, en niet voor een bi-crossmodel gekozen heeft. Op zijn bezwaarschrift heeft de zorgverzekeraar wederom negatief gereageerd. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar daarbij niet is ingegaan op de door hem aangevoerde punten.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar stelt ter zake dat in het Reglement Hulpmiddelen en in artikel 2.6 van de Regeling Zorgverzekering (Rzv) de aanspraak op vergoeding van kosten van hulpmiddelen is geregeld. De zorgverzekeraar geeft vervolgens aan wat er onder gehoorhulpmiddelen in de zin van artikel 2.6, eerste lid, onderdeel g juncto 2.14 van de Rzv wordt verstaan. Ook geeft de zorgverzekeraar weer wat in bijlage 3, onderdeel 4 van de Rzv is bepaald over het recht op een verstrekking.
- 5.2 De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker een aanvraag heeft ingediend voor een hoortoestel in een Cross-uitvoering door middel van een factuur van 11 november 2005 en een audiogram van 11 november 2005. Hieruit blijkt dat het linkeroor doof is en dat bij het rechteroor het gemiddeld gehoorverlies 13 dB bedraagt.
- 5.3 De zorgverzekeraar stelt dat door middel van het audiogram niet is aangetoond dat verzoeker aan de wettelijke eisen voldoet. Niet blijkt dat er een drempelverlies van het beste oor is van tenminste 35 dB. Deze voorwaarde is opgenomen in het reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar, en geldt voor zowel de cross als de bi-cross hoortoestellen. Tevens blijkt naar de mening van de zorgverzekeraar niet dat sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag, gelet op de adviezen van het College

voor Zorgverzekeringen hieromtrent gegeven in het kader van de Ziekenfondswet en aanverwante regelgeving.

- 5.4 De zorgverzekeraar stelt dat uit het dossier voorts niet blijkt dat door de medewerker van kantoor Haarlem ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezeggingen zijn gedaan, op grond waarvan verzoeker erop mocht vertrouwen dat hij voor het aangevraagde in aanmerking zou komen
- 5.5 Tijdens de zitting geeft de zorgverzekeraar te kennen dat de voorwaarden, waaronder tot vergoeding van (cross) hoortoestellen wordt overgegaan, vastliggen in het reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. In artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt hiernaar verwezen. Hierin wordt ook vermeld dat dit reglement op te vragen is bij de zorgverzekeraar. Tevens geeft de zorgverzekeraar aan dat elke baliemedewerker van de zorgkantoren op de hoogte is van dit reglement en het desgewenst kan uitdraaien.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Daarbij beperkt de bevoegdheid van de commissie zich tot de uitvoering van de tussen partijen gesloten zorgverzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
- Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zvw. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2 Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor hulpmiddelen is geregeld in artikel 22.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt onder anderen 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 hulpmiddelen;*
- reservehulpmiddelen;*

overeenkomstig het (...) reglement hulpmiddelen. Het (...) reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen."

Voorts is in dit artikel als voorwaarde gesteld dat verzekerden voor de verstrekking, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen geen voorafgaande toestemming nodig hebben en zij direct contact op kunnen nemen met een leverancier. In de bijlage van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt.

- 7.3 De regeling van artikel 22.1 is volgens de Algemene Voorwaarden, artikel 2, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4 Ten aanzien van het voorgelegde geschil overweegt de commissie als volgt. Op grond van artikel 10 sub a van de Zvw omvat het krachtens de Zvw te verzekeren risico onder andere de hulpmiddelenzorg.
Artikel 11, eerste lid onderdeel a van de Zvw bepaalt vervolgens dat aanspraak bestaat op zorg en overige diensten. Waar het gaat om hulpmiddelenzorg is een en ander, conform het derde lid van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in de artikelen 2.9 Bzv, 2.6 en 2.12 Rzv.
- 7.5 In artikel 2.9 van het Bzv is de aanspraak op vergoeding van kosten van hulpmiddelen geregeld. Dit wordt als volgt omschreven, voor zover thans van belang:

“1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
b. (...)
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van:
a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
b. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.”

- 7.6 In artikel 2.6, lid 1, onderdeel g van de Rzv is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van gehoorhulpmiddelen als omschreven in artikel 2.14, lid 1, onderdeel a van de Rzv. In dit artikel staat dat hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, lid 1, 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 de mechanische weg versterken en de verschaffing en vervanging van oorstukjes, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling.”

In het tweede lid van dit artikel is bepaald dat als een bijzondere uitvoering van een electro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, onder andere een cross-uitvoering wordt beschouwd.

- 7.7 In bijlage 3 onderdeel 4 van de Rzv is 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 frequentie van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) bedraagt en dan 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 richtingshoren hersteld wordt tot een hoek van 45 graden.*
c. bijzondere individuele zorgvragen.”

- 7.8 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.9 De commissie stelt vervolgens vast dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden gesteld in artikel 2.14, eerste lid, onderdeel a van de Rzv. Uit de beschikbare gegevens, te weten het audiogram, blijkt immers dat het gehoorverlies van het beste oor van verzoeker gemeten bij de diverse frequenties 13 dB is. In de genoemde bijlage 3 van de Rzv is bepaald dat het gehoorverlies van het goede oor minstens 35 dB dient te zijn. Zodoende voldoet verzoeker niet aan de in artikel 22 van de zorgverzekering gestelde voorwaarden. Het College voor zorgverzekeringen concludeert in zijn advies terecht dat er onder de genoemde omstandigheden geen aanspraak bestaat op het hulpmiddel.
- 7.10 Uit hetgeen verzoeker ter hoorzitting (onweersproken) nader ter onderbouwing van zijn stellingen heeft uiteengezet is het volgende aan de commissie voldoende aannemelijk geworden. Verzoeker heeft, pas na zich eerst in het noodzakelijk beschikbare audiologisch-technisch informatiemateriaal te hebben verdiept, zich vervolgens aangaande de vergoedingsregeling met duidelijke vragen tot een baliemedewerker van één van de kantoren van de zorgverzekeraar gewend. Tijdens het daarop volgen-de onderhoud van ongeveer een half uur met de betrokken medewerker in een aparte ruimte is hem een uitdraai overhandigd met een overzicht van maximale vergoeding-en en eigen bijdragen zoals die in 2006 voor hoortoestellen hebben te gelden. Uit de uitdraai, noch uit de bewoordingen van de baliemedewerker heeft verzoeker kunnen opmaken, dan wel uit redelijkheid hoeven op te maken, dat nadere voorwaarden zouden worden gesteld.
Nu iedere baliemedewerker van de kantoren van de zorgverzekeraar weet of behoort te weten dat aan de vergoeding van hoortoestellen specifieke nadere voorwaarden worden gesteld, welke zijn vastgelegd in het reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar, en verzoeker daar desgevraagd niet op is gewezen, mocht verzoeker op basis van de hem gedane mededelingen en de hem aangereikte uitdraai een gerechtvaardigd vertrouwen ontlenen dat het crosshoortoestel door de zorgverzekeraar vergoed zou worden tot het maximale bedrag vermeld op de uitdraai, te weten € 476,00 + € 61,50 verhoging vergoeding bij cross-uitvoering.
- 7.11 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2 De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 29 december 2006

Voorzitter