

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, bijzondere individuele zorgvraag
Zaaknummer : 2009.01007
Zittingsdatum : 18 november 2009

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, 2.9 Bzv, 2.6, 2.14 en bijlage 3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D en E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 oktober 2008 de nota ter zake van een hoortoestel niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 4 sterren, Beter Af Tandarts Polis 4 sterren, Beter Af 50 Plus Pakket en Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd een nota van € 1.973,-- ter zake van een hoortoestel aan het rechteroor te vergoeden (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Bij brieven van 30 januari en 30 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard geen aanleiding te zien hier op terug te komen.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 20 augustus 2009 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).

- 3.6. 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 stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 21 september 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 15 oktober 2009 respectievelijk 27 oktober 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 24 september 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 21 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29103812) 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 de aanspraak.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 oktober 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 8 november 2009 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 stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij een aanzienlijk gehoorverlies heeft, waardoor zij ernstig gehandicapt is. De leverancier van het hoortoestel heeft bij verzoekster beiderzijds perceptief gehoorverlies geconstateerd. Verzoekster verklaart dat zij een hoortoestel nodig heeft om preken en lezingen te beluisteren, en zelf lezingen te geven.
- 4.2. Verzoekster heeft in september 2008 bij de leverancier van het hoortoestel naar de vergoeding heeft geïnformeerd. Nadat deze haar had gezegd dat geen vergoeding mogelijk was, heeft verzoekster contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Desgevraagd werd haar medegedeeld dat voor één hoortoestel maximaal € 476,-- wordt vergoed. Na een proefplaatsing heeft zij besloten het rechter toestel te houden. Hiervoor is verzoekster € 1.973,-- in rekening gebracht. Op de ingediende declaratie volgde evenwel een volledige afwijzing. Zij acht het onrechtvaardig dat de kosten van het (dure) hoortoestel geheel voor haar rekening blijven.
- 4.3. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de toepasselijke regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden, dat verzoekster niet voldoet aan de gestelde eisen, nu het drempelverlies van het beste oor niet ten minste 35 dB bedraagt. Verder kan in dit geval niet worden gesproken van een bijzondere individuele zorgvraag. Daarvan is in beginsel sprake

als de drempelwaarde van het beste oor niet wordt gehaald, omdat het gaat om een grensgeval (25-25 dB), dan wel indien het spraak verstaan met versterking meer dan 20 percent toeneemt. Een andere bijzondere omstandigheid kan zijn oorsuizen, in combinatie met een gehoorverlies van 25-35 dB beiderzijds.

- 5.2. Omdat een indicatie ontbreekt, heeft de – door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde – leverancier de kosten niet rechtstreeks gedeclareerd en heeft hij verzoekster verteld dat geen vergoeding mogelijk was. Dit behoort ook tot zijn taak. Met betrekking tot de telefonische uitspraken van de afdeling Klantenservice geldt dat de daar werkzame personen goed op de hoogte zijn van de polisvoorwaarden en vergoedingen. Of verzoekster desalniettemin onjuist is voorgelicht, valt achteraf niet te controleren.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige nota ter zake van een hoortoestel alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.

Artikel 29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en 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; (...) overeenkomstig het [naam concern] reglement Hulpmiddelen. Het [naam concern] reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen”*

In artikel 1 van het reglement Hulpmiddelen 2008 is, voor zover hier van belang, het volgende vermeld:

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

Artikel 3 van het reglement Hulpmiddelen 2008 kent nadere voorwaarden met betrekking tot de aanspraak op hulpmiddelen. Daarbij ziet artikel 3.7.1 op "Gehoorthulpmiddelen met uitzondering van ringleiding, infrarood en fm-apparatuur". Voor zover hier van belang bepaalt dit artikel:

"Artikel Regeling: artikel 2.6 lid1g, 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 ziektekostenverzekeraar] gedaan.

(...)

Inning eigen bijdrage: door leverancier. Maximale vergoeding hoortoestel:

- *Eerste aanschaf hoortoestel of vorig hoortoestel is korter dan 6 jaar geleden aangeschaft: € 476,-; (...)"*

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de verzekeringsvoorwaarden gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 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 geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv. Artikel 2.6 lid 1 sub g jo. artikel 2.14 lid 1 sub a ziet specifiek op electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik. De zorginhoudelijke criteria voor hoortoestellen zijn opgenomen in bijlage 3, onderdeel 4.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving, nu daar rechtstreeks naar wordt verwezen.
- 7.6. Als het gaat om één hoortoestel, geldt op grond van bijlage 3, onderdeel 4 onder a Rzv als criterium 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 (55dB) door toepassing van het hoortoestel ten minste 20 procent toeneemt. Uit het door verzoekster overgelegde audiogram van het beste oor blijkt dat het gehoorverlies bij eerder genoemde frequenties 10, 25 respectievelijk 30 dB is, na afronding gemiddeld derhalve 22 dB. Daarmee voldoet verzoekster niet aan het van toepassing zijnde criterium. Verder kan in de situatie van verzoeker niet worden gesproken van een bijzondere individuele zorgvraag als bedoeld in bijlage 3, onderdeel 4 onder c Rzv. Eenzijdige doofheid is een veelvoorkomend probleem en de door verzoekster genoemde activiteiten vormen niet een zodanig bijzondere omstandigheid dat tot verstrekking van het gevraagde moet worden besloten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. Artikel 19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“Hulpmiddelen

Eigen Bijdragen

U bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van het [naam concern] reglement Hulpmiddelen in bepaalde gevallen een eigen bijdrage verschuldigd. Wij vergoeden voor de volgende hulpmiddelen een gedeelte van de eigen bijdrage conform de volgende voorwaarden:

- *De vergoeding die u ontvangt bij de aanschaf van een pruik vullen wij aan tot een maximum bedrag;*
- *de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel voorzien van een afstandsbediening vergoeden wij op medische indicatie tot een maximumbedrag.*
- *Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.”*

- 7.8. Nu is geoordeeld dat verzoekster niet in aanmerking komt voor verstrekking respectievelijk vergoeding van de door haar gemaakte kosten van het hoortoestel, ten laste van de zorgverzekering, is van een eigen bijdrage op grond van die verzekering geen sprake, en wordt aan de mogelijkheid van een vergoeding daarvan op basis van eerder genoemd artikel niet toegekomen.

Werking privaatrecht

- 7.9. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat haar in september 2008 telefonisch is medegedeeld dat de vergoeding voor één hoortoestel € 476,-- bedraagt. Voor zover zij beoogt daarmee een beroep te doen op een tijdens de ziektekostenverzekeraar gedane toezegging, kan dit beroep niet slagen. Zoals hiervoor is overwogen, heeft verzoekster gekozen voor een naturapolis, en heeft zij zich voor het hulpmiddel gewend tot een gecontracteerde leverancier. Deze laatste heeft haar kennelijk – geheel in overeenstemming met het reglement Hulpmiddelen – gezegd dat onder de gegeven omstandigheden geen aanspraak kon worden gemaakt op vergoeding. Om die reden heeft verzoekster van hem ook een nota ontvangen voor het gehele aankoopbedrag. Nog daargelaten dat zij het bestaan van een telefonische toezegging in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden niet aannemelijk heeft gemaakt, bestond er voor verzoekster meer dan voldoende aanleiding aan de, door haar blijkbaar als een toezegging zonder meer opgevatte mededeling te twijfelen, en daarvan tenminste een schriftelijke bevestiging te vragen. Dit heeft zij echter nagelaten.

Conclusie

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2009,

Voorzitter