

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Hulpmiddelen, hoorapparaat
Zaaknummer : ANO07.241
Zittingsdatum : 19 september 2007

Zaak:ANO07.241, hulpmiddelen, hoorapparaat, hoogte van de vergoeding

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 Zvw, 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 zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 20 juni 2006 inzake de vergoeding voor het door haar aangeschafte hoorapparaat voor het linkeroor.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 20 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat het door haar aangeschafte hoorapparaat voor het linkeroor niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 25 januari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het hoorapparaat voor het linkeroor te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 5 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 14 juni 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 18 juni 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 juli 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 september 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft evenmin aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 20 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 29-jarige vrouw. Blijkens de leveringsspecificatie van de audiëren is haar, op voorschrift van haar KNO-arts van 25 januari 2006, op 5 juli 2006 een hoortoestel voor het linkeroor geleverd van het merk Oticon Tego Pro ® voor een bedrag van € 1.025,20.
- 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de beslissing van de zorgverzekeraar, dat de rekening van het hoorapparaat niet wordt vergoed, waardoor het bedrag van € 1.025,20 voor haar rekening blijft. Zij is van mening dat zij een “bijzondere individuele zorgvraag” heeft, nu haar werkzaamheden als jurist bij een gemeente met zich brengen dat zij dagelijks dient te vergaderen, overleggen en verweer dient te voeren tijdens zittingen bij diverse rechterlijke instanties. In dergelijke situaties zit de wederpartij links van verzoekster, terwijl haar hoorprobleem wordt veroorzaakt door haar linkeroor. Voorts is zij raadslid, een functie waarin zij zich met dezelfde gehoorproblematiek geconfronteerd ziet.
- 4.3. De KNO-arts van verzoekster ondersteunt per brief van 24 juli 2006 de lezing van verzoekster, in die zin dat hij heeft aangedrongen op gebruik van een hoortoestel voor het linkeroor in de werksituatie. Ook is hij van mening dat de zorgverzekeraar ‘te kort door de bocht gaat’, bij zijn beslissing niets te vergoeden.
- 4.4. Gezien haar “bijzondere individuele zorgvraag” komt verzoekster tegen de achtergrond van bovenstaande tot de conclusie dat het hoorapparaat dient te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de situatie van verzoekster niet voldoet aan de criteria om in aanmerking te komen voor een vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. De term “bijzondere individuele zorgvraag”, als bedoeld in bijlage 3 onderdeel 4 sub c van de Regeling Zorgverzekering ziet op beperkingen van de gehoorfunctie samen met feiten en omstandigheden dan wel een combinatie daarvan, die niet vaak voorkomen. Niet ontkent wordt dat verzoekster veel baat heeft van het hoortoestel in de werksituatie, doch dat is geen relevante omstandigheid bij de vaststelling of sprake is van de hier bedoelde “bijzondere individuele zorgvraag”.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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 Zorgverzekeringswet. 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 mixpolis, waarbij de hulpmiddelen onder de restitutie bepaling valt, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De vergoeding van hulpmiddelen is geregeld in artikel 30 van de voorwaarden van de zorgverzekering en bepaalt wanneer aanspraak op hulpmiddelen bestaat en onder welke voorwaarden. Het luidt, voor zover hier van belang:

”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.

Eigen bijdrage: volgens de genoemde Regeling zorgverzekering.

Voorschrift: zoals bepaald in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Machtiging: zoals bepaald in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.

Bijzonderheden:

(...)

3. de Regeling zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar maken deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook de website van de zorgverzekeraar."

Voorts wordt, voor zover voor deze situatie relevant, in artikel 4.7 van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar het volgende bepaald:

"Gehoorschulpmiddelen

Omschrijving:

- electro-akoestische hoortoestellen

(...)

- oorstukjes

(...)

Machtiging: ja, eenmalig. Beoordeling door de zorgverzekeraar.

Verwijzing: ja, door een audiologisch centrum dan wel – indien het een verzekerde betreft ouder dan 16 jaar – door de behandelend keel-, neus- en oorarts.

Aanspraak: recht op vergoeding van de kosten (restitutie)

Bijzonderheden.

- de gebruikstermijn van een hoortoestel bedraagt 5 jaar.

- maximumvergoeding hoortoestel:

vorig toestel jonger dan 6 jaar: € 476,00

vorig toestel jonger dan 7 jaar: € 565,50

(...)."

- 7.3. De regeling van artikel 30 van de zorgverzekering en artikel 4.7 van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is volgens artikel 1 onder 62 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de 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 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 hoortoestel wordt gerekend, is geregeld in de artikelen 2.6 onder g en 2.14 van de Rzv.

Voor zover hier relevant, bepaalt artikel 2.14 lid 1 onder a van de Rzv:

"a. electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebruikt ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede gehoorlepels 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; (...)"

Bijlage 3, onderdeel 4 van de Rzv bepaalt:

"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. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag of het Oticon Tego Pro ® hoortoestel een gehoorhulpmiddel is, als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, kan in het midden blijven, nu partijen hierover niet van mening verschillen. Voor de behandeling van dit geschil zal de commissie het Oticon Tego Pro ® hoortoestel dan ook beschouwen als een verzekerde prestatie die ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed, indien in de individuele situatie aan de gestelde voorwaarden is voldaan.
- 7.7. Vervolgens dient te worden beoordeeld of verzoekster over een indicatie beschikt op basis waarvan zij in haar situatie in aanmerking kan komen voor de vergoeding van het onderhavige hoorapparaat.
- 7.8. Op basis van de in het dossier aanwezige stukken komt de commissie tot het oordeel dat verzoekster niet voldoet aan het zorginhoudelijke criterium van bijlage 3, onderdeel 4 sub a van de Rzv, nu uit haar brief van 25 januari 2006 blijkt dat het drempelverlies van het goede, rechteroor 28,33 dB bedraagt. Het feit dat dit drempelverlies wel minimaal 35 dB bedraagt bij een lichte verkoudheid, doet daaraan niet af.
- 7.9. Met betrekking tot het zorginhoudelijke criterium van bijlage 3, onderdeel 4 sub c van de Rzv merkt de commissie het volgende op. Uit de toelichting op artikel 2.14 van de Rzv is op te maken dat de wetgever het criterium "bijzondere individuele zorgvragen" niet nader heeft ingevuld. Gezien de regierol die de wetgever de zorgverzekeraars heeft toebedacht, in het bijzonder op het gebied van de hulpmiddelenzorg, moet daarmee worden aangenomen dat de toetsing of de situatie van een verzekerde voldoet aan deze indicatie tot de discretionaire bevoegdheid van de zorgverzekeraar behoort. Vorenstaande brengt met zich dat de commissie dit indicatiecriterium in de normale uitoefening van functies als ambtenaar en gekozen volksvertegenwoordiger slechts terughoudend kan toetsen.

- 7.10. De commissie is, gelet op de zorgvraag van verzoekster die met name ziet op het beter richtinghoren, van oordeel dat de zorgverzekeraar 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.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 oktober 2007,

Voorzitter