

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen
Zaaknummer : 2009.01382
Zittingsdatum : 7 oktober 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 en E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 6 mei 2008 de aanvraag voor een dubbelzijdig hoortoestel met oorstukjes af te wijzen.

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 Zorg-op-maatpolis (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 Plus PZP en Tandarts PZP afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De leverancier van de hoortoestellen heeft bij verzoekster een perceptief gehoorverlies vastgesteld en naar aanleiding daarvan bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op twee hoortoestellen 'Siemens Cielo 2 active', ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 13 juni 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).
- 3.5. 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 31 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 3 augustus 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 28 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29085005) 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 gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 8 oktober 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 14 oktober 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat haar van de zijde van het LUMC en door de leverancier van de hoortoestellen te kennen is gegeven dat zij een vergoeding van € 1.088,- tegemoet kon zien, en dat deze vergoeding hoger zou kunnen uitvallen naarmate zij langer met de apparaten zou doen. Over een en ander bestond geen enkele twijfel.
In augustus 2007 heeft verzoekster bij de ARBO-dienst van haar werkgever een audiotest ondergaan waaruit de noodzaak van een hoortoestel naar voren kwam. Vervolgens heeft zij zich tot de huisarts gewend, die haar doorverwees naar het LUMC. Aldaar achtte men het gebruik van een dubbelzijdig hoortoestel aangewezen. Tevens werd een deel van de kosten door het UWV vergoed. Het bevreemdt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat zij geen indicatie heeft. Zij tekent hier bij aan dat zij een groot en wezenlijk verschil van spraakverstaanbaarheid ervaart, en dat zij de toestellen veertien uur per dag gebruikt.
In een door verzoekster overgelegd e-mailbericht van 19 mei 2009 wordt door het CVZ geadviseerd de kwestie aan de Geschillencommissie voor te leggen omdat in de uitvoeringspraktijk alleen naar het toonaudiogram wordt gekeken.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling nog aangevoerd dat de afwijzing formeel juist is. Het gaat haar echter met name om de communicatie. Zij vindt het vreemd dat de leverancier van de hoortoestellen en het LUMC niet bekend waren met de wijzi-

ging met ingang van 1 januari. Belangrijker is volgens verzoekster nog dat blijkbaar in andere gevallen wel wordt vergoed, zodat sprake is van rechtsongelijkheid. Voorts merkt zij nog op dat zij in november 2007 bij de huisarts is geweest, en pas in januari 2008 in het ziekenhuis terecht kon.

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, en onder verwijzing naar de toepasselijke regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden, dat een indicatie voor een hoortoestel aanwezig is indien het toondrempelverlies op het beste oor ten minste 35 dB is en het verstaan van spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55dB), door toepassing van het hoortoestel met ten minste 20 percent toeneemt. Aan deze laatste eis voldoet verzoekster niet. Aan de beoordeling of een indicatie bestaat voor twee hoortoestellen wordt om die reden niet toegekomen. Verder kan in de situatie van verzoekster niet worden gesproken van een bijzondere individuele zorgvraag. Dat verzoekster baat kan hebben c.q. heeft bij het hulpmiddel wordt door de ziektekostenverzekeraar overigens niet bestreden.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het mogelijk is dat de leverancier en het ziekenhuis niet van de wijziging op de hoogte waren. Dit kan de ziektekostenverzekeraar echter niet worden tegengeworpen. Bovendien had verzoekster de dekking van de verzekering zelf kunnen onderzoeken.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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 verzoekster aanspraak heeft op een dubbelzijdig hoortoestel met oorstukjes 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 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

Aanspraak bestaat op verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden

met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via de internetsite van de zorgverzekeraar en wordt u desgevraagd toegezonden. (...)

In artikel 3.7.1 van het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar wordt verwezen naar artikel 2.14 lid 1 sub a van de Regeling zorgverzekering en voorts bepaald:

"(...)

2. Voorwaarden aanspraak

De zorginhoudelijke criteria voor de aanspraak op hoortoestellen zijn:

a. Voor één hoortoestel, dat het drempelverlies van het audiogram van het beste oor tenminste 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 tenminste 20% toeneemt.

b. voor twee hoortoestellen, dat de winst van spraakvaardigheid tenminste 10% bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel, dan wel het richtinghoren wordt hersteld wordt tot een hoek van 45 graden;

c. bijzondere individuele zorgvragen. (...)"

- 7.3. Artikel 33 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering 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 2.14, lid 1, sub a ziet op electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik. De zorginhoudelijke criteria om voor een hoortoestel in aanmerking te komen zijn vermeld in bijlage 3, onderdeel 4 van de Rzv.
- 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 de spraakverstaanbaarheidsscore, gemeten bij 55 dB rechts 80 percent bedraagt, en links 75 percent. Bij monaurale aanpassing nemen deze percentages toe tot 90 percent. Op basis hiervan concludeert de commissie dat niet is voldaan aan de in het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar opgenomen criterium, te weten dat het verstaan van spraak, in stilte aangeboden, door toepassing van één hoortoestel ten minste 20 percent toeneemt. De toename is immers slechts 10 respectievelijk 15 percent. Teneinde voor twee hoortoestellen in aanmerking te komen geldt de – cumulatieve – voorwaarde dat de winst van spraakvaardigheid ten minste 10 percent bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel. Als gezegd, ontbreekt in dit geval een indicatie voor één hoortoestel, zodat aan de beoordeling van dit criterium niet wordt toegekomen. Van bijzondere medische omstandigheden, die de conclusie zouden kunnen recht-

vaardigen dat sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag, is in de procedure niet gebleken.

Dat, zoals het CVZ stelt, de uitvoeringspraktijk afwijkt, maakt het voorgaande niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen dekking opgenomen voor de onderhavige kosten, zodat deze verzekering verder buiten beschouwing kan blijven.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter