



Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, categorie 6
Zaaknummer : 201700157
Zittingsdatum : 16 augustus 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onderdeel c en 2.10 Rzv)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op twee hoortoestellen van het type GNResound LINX2 961 (hierna: LINX2, verder: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar geïnformeerd naar de afwijzingsgrond. Bij brieven van 30 november en 23 december 2016 heeft de zorgverzekeraar deze aan verzoekster toegelicht en medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 20 januari 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, en subsidiair dat hij gehouden is tot vergoeding van een in redelijkheid te bepalen bedrag, vermeerderd met de wettelijke rente over het toe te wijzen bedrag, met ingang van 23 december 2016 (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 maart 2017 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 maart 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 11 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

- 3.7. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 18 april 2017 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 april 2017 aan de zorgverzekeraar en het Zorginstituut Nederland gezonden.
- 3.8. Bij brief van 28 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 26 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017014799) de commissie medegedeeld dat in het dossier een onderbouwing ontbreekt waarom verzoekster op de aangevraagde hoortoestellen is aangewezen en zij niet uit komt met hoortoestellen uit de database (categorie 3). Er kan daarom niet worden vastgesteld dat verzoekster aanspraak heeft op de aangevraagde hoortoestellen. Gelet op rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) is echter geen grondslag aanwezig om hobby's, zoals pianospelen, buiten beschouwing te laten. Dit moet de audicien/audioloog in zijn beoordeling betrekken om tot een juiste hooroplossing te komen. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd hiernaar nader onderzoek te laten verrichten door de zorgverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 mei 2017 aan partijen gezonden. De zorgverzekeraar is hierbij gevraagd nader het onderzoek te verrichten.
- 3.9. Bij e-mailbericht van 9 mei 2017 heeft de zorgverzekeraar verzoekster verzocht een machtiging af te geven, ten behoeve van het nader onderzoek, zodat medische informatie bij de audicien kan worden opgevraagd. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar en de commissie bij e-mailberichten van 9 respectievelijk 14 en 17 mei 2017 medegedeeld geen machtiging te verstrekken.
- 3.10. De zorgverzekeraar heeft de commissie op 18 mei 2017 telefonisch medegedeeld dat zonder de machtiging het nader onderzoek niet kan worden verricht. Bij e-mailbericht van 22 mei 2017, heeft verzoekster alsnog een machtiging verstrekt.
- 3.11. Op 29 mei 2017 heeft de zorgverzekeraar het nader onderzoek in gang gezet. Bij brief van 22 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar de commissie geïnformeerd over de uitkomst hiervan. Een afschrift van deze brief is op laatstgenoemde datum aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Bij brief van 22 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 juli 2017 de commissie medegedeeld dat de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt nog op dat uit het dossier en de nagekomen stukken niet duidelijk wordt of voldoende onderzoek is verricht naar een juiste hooroplossing vanuit de database, nu kennelijk na het uitproberen van de VERSO 562 vervolgens alleen een hoortoestel van buiten de database is aangeboden. Een afschrift van dit advies is op 13 juli 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben op 21 juli 2017 per e-mailbericht op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. In de loop van 2015 bleek dat de hoortoestellen die verzoekster sedert 2006 in gebruik had aan vervanging toe waren. Na te zijn onderzocht door een KNO-arts, heeft zij zich gewend tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde audicien, tevens leverancier van hoortoestellen. Verzoekster is - zowel passief als actief - liefhebster van pianomuziek. Op advies van de audicien heeft zij in november 2015 twee hoortoestellen van het type GNRESOUND VERSO 562 (hierna: VERSO 562) geprobeerd. Deze voldeden echter niet aan haar verwachtingen. Ten eerste was de vorm niet geschikt; het toestel paste niet in het linkeroor waardoor het regelmatig uitviel en verzoekster pijn ondervond bij het dragen. Voorts waren de toestellen niet geschikt voor het luisteren naar muziek, zowel thuis als tijdens concerten. De audicien heeft vervolgens hoortoestellen van het

type LINX2 geadviseerd en heeft verzoekster bij die gelegenheid medegedeeld dat deze toestellen niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Omdat de toestellen voldeden aan de wensen van verzoekster zijn geen andere hoortoestellen geprobeerd.

- 4.2. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op de LINX2 hoortoestellen. Na ontvangst van de afwijzing heeft haar echtgenoot begin oktober 2016 telefonisch bij de zorgverzekeraar geïnformeerd naar de uitsluiting in de dekking van de zorgverzekering. Met de zorgverzekeraar is toen afgesproken dat deze contact zou opnemen met de audicien teneinde na te gaan waarom geen andere toestellen zijn geprobeerd alvorens de LINX2 hoortoestellen te adviseren. Voorts zou de echtgenoot worden geïnformeerd over de bepaling in het 'Reglement Hulpmiddelen 2016' (hierna: het reglement) van de zorgverzekeraar waarop de afwijzing is gebaseerd. In plaats van een antwoord op bovenstaande vragen ontving verzoekster (ongevraagd) twee heroverwegingen. Verzoekster heeft hierover een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 4.3. De zorgverzekeraar beroept zich op artikel 2.5 van het reglement. Verzoekster meent dat in dit artikel geen specifieke uitsluiting is opgenomen voor de door haar aangeschafte hoortoestellen. Kennelijk doelt de zorgverzekeraar in dit verband op de afspraken die hij met gecontracteerde leveranciers heeft gemaakt over de kwaliteit van de te verlenen hoorzorg. Verzoekster begrijpt dat die afspraken, zoals vervat in het Protocol Hoorzorg van Zorgverzekeraars Nederland leiden tot beperkingen in de dekking voor hoorzorg. Dit acht zij onjuist. Afspraken die zorgverzekeraars met derden maken over de uitvoering van zorgverplichtingen zijn ongetwijfeld noodzakelijk, maar kunnen als zodanig niet dienen ter afwijzing van - op zichzelf - redelijke aanspraken op adequate hulpmiddelen vanuit de zorgverzekering. Een beperking van de dekking vergt daarom een concreet geformuleerde uitsluiting. Naar het oordeel van verzoekster ontbreekt een dergelijke uitsluiting. Het enkele feit dat uit de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat de zorgverzekeraar met gecontracteerde leveranciers afspraken maakt of gaat maken over "de kwaliteit" kan niet worden gezien als een concreet geformuleerde uitsluiting. Dergelijke afspraken kunnen slechts dienen ter uitvoering van verplichtingen die voortvloeien uit de zorgverzekering, echter niet ter beperking van de dekking daarvan. Verder geldt dat ook zonder een concreet geformuleerde uitsluiting, een aanspraak op een hulpmiddel ten laste van de zorgverzekering redelijk dient te zijn, daaronder begrepen de functionaliteit van het betreffende hulpmiddel. Anders dan de zorgverzekeraar stelt, berust de keuze voor de LINX2 hoortoestellen niet op een specifieke voorkeur van verzoekster voor dit type toestel. Verzoekster heeft geen verstand van hoortoestellen en was niet bekend met de LINX2. Zij heeft slechts het advies van de audicien opgevolgd. Na het proberen van de VERSO 562 en de LINX2 hoortoestellen zijn geen andere toestellen geadviseerd waarna verzoekster, op basis van haar bevindingen en wensen, heeft gekozen voor de LINX2 hoortoestellen. De keuze voor dit type toestel was, gegeven de omstandigheden van het geval, dan ook redelijk. Het is de zorgverzekeraar, bij ontbreken van een concrete uitsluiting in de voorwaarden, niet toegestaan de aanspraak af te wijzen met een beroep op de aan de LINX2 hoortoestellen verbonden kosten. Ook het beroep van de zorgverzekeraar op de afwezigheid van een medische noodzaak vindt geen steun in het reglement.
- 4.4. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 24 maart 2017 maakt verzoekster op dat zij recht heeft op een adequaat functionerend hoortoestel. In haar geval betreft dit volgens de zorgverzekeraar een toestel van de derde categorie, zodat de VERSO 562 hoortoestellen adequaat zouden zijn. De slechte weergave van muziek door deze toestellen wordt ten onrechte niet relevant geacht voor de vraag of deze adequaat zijn. De polis noch het reglement beperkt de reikwijdte van de vraag of een hoortoestel adequaat is tot de categorie "waartoe men behoort". Voorts heeft artikel 2 van het reglement slechts betrekking op de bevoegdheid van de leverancier om, zonder voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar, tot levering over te gaan. Daarnaast volgt uit genoemd artikel dat de leverancier het toestel dient af te stemmen op de behoefte van de verzekerde en dat als uitgangspunt heeft te gelden dat het toestel adequaat en doelmatig moet zijn. De LINX2 hoortoestellen waren volgens de leverancier, na de gebleken problemen met de VERSO 562 hoortoestellen, de enige adequate toestellen voor verzoekster. Andere toestellen zijn niet

ter sprake gekomen, zodat zij geen keuze heeft kunnen maken. Ook is niet gesproken over een oorstukje op maat voor de VERSO 562 hoortoestellen.

Verzoekster merkt op dat zij sinds 2006 gebruikt maakt van hoortoestellen. Zij heeft hiervan nimmer klachten ondervonden en deze tot 2016, toen zij de LYNX2 hoortoestellen heeft aangeschaft, gedragen. Verzoekster kan niet beoordelen of zij van de leverancier steeds de beste hoortoestellen heeft ontvangen. Bovendien doet dit niet af aan de dekking vanuit de zorgverzekering.

Zij merkt nog op dat de zorgverzekeraar een categorie-indeling gebruikt ter beperking van de verplichting tot vergoeding van de kosten van een, in onderhavig geval, adequaat hulpmiddel. Deze beperking vindt geen steun in de toepasselijke polisvoorwaarden.

Bij e-mailbericht van 21 juli 2017 heeft verzoekster haar stellingen herhaald en toegelicht dat het luisteren naar en beoefenen van muziek voor haar meer is dan een hobby. Tevens heeft zij gesteld dat volgens de audicien de muziekweergave bij alle door de verzekeraars aangewezen hoortoestellen minder is dan bij de LINX2 toestellen.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Artikel 4 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op hulpmiddelen, en bepaalt dat recht bestaat op:

- a. levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding,
- b. het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen,
- c. een eventueel reservehulpmiddel.

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het 'Reglement Hulpmiddelen 2016' (hierna: het reglement) van de zorgverzekeraar, welk reglement deel uitmaakt van de polis. Verder bepaalt artikel 4 van de zorgverzekering het volgende: *"Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en met onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen."*

5.2. Artikel 3 van het reglement bevat de begripsbepalingen. In de omschrijving van het begrip 'Toestemming (machtiging)' is onder andere bepaald dat de zorgverzekeraar voor een aantal hulpmiddelen gecontracteerde leveranciers heeft gemachtigd om het hulpmiddel te verstrekken. Voorwaarde voor deze verstrekking is dat de aanvraag voldoet aan de afgesproken protocollen. In dat geval wordt verondersteld dat de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft verleend voor levering van het hulpmiddel. Bij de beoordeling van hoortoestellen wordt uitgegaan van het "Keuzeprotocol Hoorzorg" (hierna: protocol). Dit protocol is ontwikkeld in samenwerking tussen onder meer zorgverzekeraars, audiciens en de patiëntenvereniging NWS. De hoortoestellen zijn ingedeeld in vijf categorieën, welke indeling is gebaseerd op de zorgvraag en de complexiteit van het hoorprobleem. Vanuit Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) is een hoortoestellendatabase ontwikkeld, waarin de hoortoestellen zijn opgenomen die voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komen. Hoortoestellen die niet in deze database zijn opgenomen worden in de praktijk ook wel 'buitencategorie' of 'categorie 6' genoemd. De zorgaanbieders dienen dit protocol te volgen. Bij de eerste categorie gaat het om een relatief eenvoudige zorgvraag, terwijl de vijfde categorie de meest complexe zorgvraag betreft. De verzekerde wordt door de audicien of audioloog op basis van diens bevindingen ingedeeld in categorie 1 tot en met 5. Samen met de audicien wordt vervolgens een hoortoestel uit de voorgeschreven categorie uitgezocht.

Als wordt gekozen voor een hoortoestel uit een andere categorie dan die waarin de verzekerde is ingedeeld, ontvangt de verzekerde in beginsel geen vergoeding. Van deze hoofdregel kan worden afgeweken bij een bijzondere zorgvraag. Hiervan is sprake als objectief kan worden aangetoond dat het niet mogelijk is de verzekerde binnen de beleidskaders te voorzien van een

adequaat functionerende hooroplossing. De noodzaak voor een hoortoestel buiten de aangewezen hoortoestellen dient te worden gemotiveerd.

Artikel 4.4 van het reglement heeft betrekking op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Artikel 4.4.1 ziet op hoortoestellen, afstandbediening en oorstukjes en bepaalt onder andere dat geen toestemming is vereist indien het hoortoestel niet binnen vijf jaar wordt vervangen. Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan zich in dat geval direct wenden tot een gecontracteerde audicien. De voorschrijver van het hoortoestel dient voor verzekerden van achttien jaar of ouder een StAr-geregistreerde audicien te zijn. Voorts is in artikel 4.4.1 bepaald dat voor verzekerden van achttien jaar en ouder een wettelijke eigen bijdrage van toepassing is. Dit houdt in dat 25 percent van het aanschafbedrag, dat door de zorgverzekeraar met de audicien is afgesproken, voor rekening van de verzekerde komt. Naast de eigen bijdrage is geen eigen risico verschuldigd.

- 5.3. Verzoekster heeft zich tot Beter Horen te Doesburg, een in 2016 door de zorgverzekeraar gecontracteerde leverancier, gewend voor hoortoestellen. Het luisteren naar muziek en het dragen van onzichtbare hoortoestellen zijn voor verzoekster erg belangrijk. Verzoekster probeerde eerst de VERSO 562 hoortoestellen. Zij ondervond echter problemen met het plaatsen hiervan. Vervolgens heeft verzoekster de LINX2 hoortoestellen geprobeerd. Deze laatste hoortoestellen voldeden aan de wensen van verzoekster waarna zij deze heeft aangeschaft. Omdat het de zorgverzekeraar niet duidelijk was waarom de audicien niet méér hoortoestellen ter proef heeft aangeboden, is contact met hem opgenomen. De audicien heeft op 4 juli 2016 het volgende verklaard: *"Conform audiologische gegevens, uitkomsten AVAB en intakegegevens is met mevrouw een proef gestart met een hoortoestel uit cat 3. Dit hoortoestel was adequaat zoals bleek uit het verbeterde spraakverstaan. Pasvorm was suboptimaal en wellicht optimaal te krijgen met een oorstukje op maat maar dat wilde mw niet in verband met de zichtbaarheid. Optimaal horen van geluid van muziek is, naar ik begrepen heb voor iemand die niet professioneel met muziek bezig is, geen onderdeel van een adequate hooroplossing en daarom dus ook geen reden om iemand door te sturen voor een bijzondere aanvraag via het audiologisch centrum. Mevrouw (...) is erg tevreden over het geluid van de muziek met haar huidige toestellen, die buiten de hoortoestel database vallen. Met haar is besproken dat als zij kiest voor een hoortoestel buiten de hoortoestellen Beter Horen, daar geen vergoeding bij de zorgverzekeraar voor kan indienen."* Het proberen van andere hoortoestellen was voor verzoekster, nadat zij de LINX2 hoortoestellen had geprobeerd, kennelijk geen optie meer. Naar aanleiding van het telefonisch onderhoud met de echtgenoot van verzoekster op 28 september 2016 heeft de zorgverzekeraar contact gehad met een medewerker van Beter Horen. Verwezen wordt naar de contactregistratie waaruit volgt dat verzoekster tijdens het intakegesprek bij Beter Horen is medegedeeld dat geen vergoeding mogelijk is voor hoortoestellen buiten categorie 1 tot en met 5. Verzoekster heeft volgens de audicien een indicatie voor een hoortoestel uit categorie 3. Dit hoortoestel was voor haar adequaat. Niet is gebleken van een bijzondere zorgvraag. De door verzoekster aangeschafte hoortoestellen vallen niet binnen categorie 3. Zij is door Beter Horen duidelijk geïnformeerd over de vergoedingen. Desondanks heeft zij hoortoestellen van de 'buitencategorie' aangeschaft. Dit is een eigen keuze van verzoekster, en valt onder haar risico. Zij heeft geen aanspraak op de toestellen ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar verwijst nog naar een bindend advies (zaaknummer 201501990) waarin de commissie heeft geoordeeld dat een probleem met het spraakverstaan in gezelschap en rumoerige situaties niet dusdanig speciaal is dat kan worden gesproken van een bijzondere individuele zorgvraag.
- 5.4. De zorgverzekeraar merkt nog op dat de Zvw niet de mogelijkheid tot substitutie kent. Ook vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen recht op vergoeding. De zorgverzekeraar is niet bereid tot een vergoeding op basis van coulance over te gaan. Bij e-mailbericht van 21 juli 2017 heeft de zorgverzekeraar zijn stellingen herhaald, en verwezen naar een verklaring van de betrokken audicien van 20 juli 2017.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is primair of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, en subsidiair of de zorgverzekeraar is gehouden een in redelijkheid te bepalen bedrag te vergoeden, vermeerderd met de wettelijke rente over dit bedrag, met ingang van 23 december 2016.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op:

*a. levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
(...)*

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

*De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen.
(...)"*

8.4. Artikel 2.4 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de verzekerde zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent."

8.5. Artikel 2.5 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"2.5 Gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers

Voor hulpmiddelen hebben wij contracten afgesloten met verschillende leveranciers. Met deze leveranciers hebben wij afspraken gemaakt over de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg die zij voor u moeten leveren. Daarnaast hebben wij in het contract afspraken gemaakt met de leveranciers over service, instructie, garantie, onderhoud en het aanpassen van het hulpmiddel.

Als u kiest voor een gecontracteerde leverancier dan krijgt u geen nota. De leverancier declareert namens u de nota direct bij ons. Voor de meeste hulpmiddelen hoeft u, behalve het eigen risico, niets zelf te betalen. Maar voor een aantal hulpmiddelen (zie 'overzicht hulpmiddelen en nadere voorwaarden' in artikel 4) geldt een wettelijke maximale vergoeding of een wettelijke eigen bijdrage die u moet betalen.

Op de website van uw Zorgverzekeraar vindt u een overzicht van de leveranciers waarmee wij afspraken hebben gemaakt. U kunt ook bellen of mailen met de klantenservice. Of vraag het aan uw hulpmiddelenleverancier."

- 8.6. Artikel 3 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar bevat de begripsomschrijvingen en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Toestemming (machtiging)

Het (aangevraagde) hulpmiddel moet voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of gecompliceerd zijn. Voor een aantal hulpmiddelen hebben wij gecontracteerde leveranciers gemachtigd om het hulpmiddel te verstrekken. Voorwaarde voor deze verstrekking is wel, dat de aanvraag voldoet aan de afgesproken protocollen. In dat geval wordt geacht dat wij toestemming hebben verleend om het hulpmiddel te leveren. (...)"

- 8.7. Artikel 4.4 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

"4.4 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Hieronder vallen:

- a) uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste het verlies van 35dB gemeten op 1000, 2000 en 4000 Hz of ernstig oorsuizen;
- b) hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, als de hulpmiddelen onder a hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel als deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen onder a;
- c) signaalhonden.

Een indicatie voor de hulpmiddelen onder a en b is eveneens aanwezig als er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

Onder deze zorg valt niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen, want deze vallen onder de medisch-specialistische zorg. (...)

Onder deze aanspraak vallen (onder andere) de volgende hulpmiddelen:

4.4.1 Hoortoestellen, afstandsbediening en oorstukjes

(...)

Toestemming nodig?

(...)

Nee

(...)

- Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar een gecontracteerde audicien Voorschijver

(...)

- Verzekeren van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAr geregistreerde audicien

(...)

Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?

Ja, voor verzekerden van 18 jaar en ouder is een wettelijke eigen bijdrage van toepassing. Dat wil zeggen dat u 25% van het aanschafbedrag dat wij met de audicien hebben afgesproken, zelf moet betalen. De resterende 75% van het aanschafbedrag betalen wij. U bent daarnaast geen eigen risico verschuldigd."

- 8.8. De artikelen 2.4 en 4 van de zorgverzekering en de artikelen 2.5, 3 en 4.4 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. Artikel 11, eerste lid, 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. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen is de hoorfunctie is geregeld in artikel 2.6, onderdeel c, Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv.
Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.10. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, wordt gebruik gemaakt van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Uit dit protocol vloeit de indeling in de eerste tot en met de vijfde categorie voort. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv, waarin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De zorgverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in artikel 2.4 van de zorgverzekering. Daarbij is in artikel 4 van de zorgverzekering opgenomen dat voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen vooraf toestemming moet worden gevraagd aan de zorgverzekeraar, zodat hij kan beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Voorts is in artikel 2.5 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2016' van de zorgverzekeraar bepaald dat de zorgverzekeraar voor onder andere de levering van hulpmiddelen contracten heeft afgesloten met verschillende leveranciers. Met deze leveranciers zijn in dat kader afspraken gemaakt over de kwaliteit van de hulpmiddelen die zij de verzekerde moeten leveren. Deze afspraken werken door in de verhouding tussen verzoekster en de zorgverzekeraar, aangezien laatstgenoemde bepaalde taken heeft 'uitbesteed' aan de leverancier, zoals de beoordeling van de (verzekerings)indicatie en doelmatigheid.
Anders dan verzoekster meent, is het gelet op het vorenoverwogene, niet noodzakelijk dat in de verzekeringsvoorwaarden een expliciete uitsluiting is opgenomen voor hoortoestellen die niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen.
- 9.2. De door verzoekster aangeschafte LINX2 toestellen betreffen hoortoestellen uit categorie 6. De leverancier heeft haar vóór de aanschaf medegedeeld dat het om 'buitencategorie' hoortoestellen gaat, waarvoor geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering wordt verleend. Door het

Zorginstituut wordt in zijn voorlopig advies van 26 april 2017 echter aangetekend dat bij de beoordeling of verzoekster aanspraak heeft op de LINX2 hoortoestellen ten onrechte het uitoefenen van haar hobby's, te weten muziek luisteren en piano spelen, buiten beschouwing zijn gelaten. Het Zorginstituut heeft de commissie daarom geadviseerd de zorgverzekeraar dit nader te laten onderzoeken. Uit het nader onderzoek is gebleken dat de audicien de hobby's van verzoekster reeds in de beoordeling van de VERSO 562 had meegenomen. Verzoekster kon met genoemde hoortoestellen goed verstaan. Omdat bij het piano spelen een galm ontstond, is besloten een muziekstand op de hoortoestellen te zetten. Verzoekster vond het geluid echter niet optimaal en heeft verklaard de beste hoortoestellen te willen testen. In het definitief advies van 12 juli 2017 heeft het Zorginstituut zijn standpunt, dat onvoldoende is onderbouwd waarom verzoekster is aangewezen op de 'buitencategorie' hoortoestellen en niet uit zou komen met geclassificeerde hoortoestellen, herhaald. Verzoekster heeft, naast de VERSO 562, geen andere dan categorie 3 geclassificeerde toestellen geprobeerd. De commissie volgt het Zorginstituut hierin. Verzoekster heeft mogelijke alternatieven omwille van het bedieningsgemak en de zichtbaarheid afgewezen, zoals blijkt uit de verklaring van de audicien van 20 juli 2017, en zij heeft in de procedure niet aannemelijk gemaakt dat binnen de groep van categorie 3 geclassificeerde hoortoestellen geen exemplaar aanwezig was waarmee haar hoorprobleem kon worden opgelost, rekening houdend met haar muzikale activiteiten. Dat binnen categorie 3 mogelijk geen hoortoestel beschikbaar is dat even goed is als de LINX2, is hierbij niet relevant. Aanspraak bestaat namelijk op doelmatige zorg, hetgeen in dit verband inhoudt dat verzoekster niet zonder meer in aanmerking komt voor het beste hulpmiddel dat op de markt verkrijgbaar is. Dit volgt uit eerder genoemd artikel 2.4 van de zorgverzekering. Het voorgaande betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de door haar aangeschafte LINX2 hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

- 9.3. Verzoekster is van mening dat zij hoe dan ook aanspraak heeft op een in redelijkheid te bepalen vergoeding voor de door haar aangeschafte hoortoestellen en de wettelijke rente hierover met ingang van 23 december 2016. Aangezien de zorgverzekeraar, gelet op hetgeen onder 9.2. is overwogen, de aanspraak terecht heeft afgewezen, ziet de commissie geen aanleiding de zorgverzekeraar te verplichten tot het toekennen van een in redelijkheid te bepalen vergoeding. Toewijzing van de subsidiaire vordering van verzoekster zou er immers op neerkomen dat hij gehouden is de kosten van niet-verzekerde zorg toch - gedeeltelijk - te vergoeden, hetgeen een vorm van substitutie is, waarin de zorgverzekering en de onderliggende regelgeving niet voorzien. Derhalve wordt ook dit onderdeel van het verzoek afgewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 augustus 2017,

A.I.M. van Mierlo