






ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, doelmatigheid
Zaaknummer : 201700856
Zittingsdatum : 6 december 2017


 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2017, 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


 OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering CZdirect (natura) (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 in samenhang met 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 'Beltone Legend 6' (verder: de aanspraak). Bij brief van 17 februari 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.


 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 april 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

 3.4. Bij brief van 20 juli 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

 3.5. 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.

 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 september 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 9 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.

- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 3 oktober 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 31 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017044964) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de zorgverzekeraar nader te laten onderzoeken op welk hoortoestel verzoekster redelijkerwijs is aangewezen. Het Zorginstituut licht toe dat het niet waarschijnlijk is dat in het geval van verzoekster sprake is van een bijzondere zorgvraag als bedoeld in het Keuzeprotocol en dat zij mogelijk in aanmerking zou kunnen komen voor de aangevraagde hoortoestellen. Alvorens over te gaan tot een aanbeveling van een hoortoestel uit een buitencategorie moet worden onderzocht of verzoekster uitkomt met een hoortoestel uit de database passend bij categorie 2. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 november 2017 aan partijen gezonden. De zorgverzekeraar is hierbij gevraagd het nader onderzoek te verrichten.
- 3.10. De zorgverzekeraar heeft verzoekster, in het kader van het nader onderzoek, gevraagd een bezoek te brengen aan een audiologisch centrum. Verzoekster heeft dit geweigerd.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 6 december 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 8 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 december 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is bekend met een verminderde hoorcapaciteit. Zij maakt al enkele jaren gebruik van hoortoestellen. In 2012 heeft zij voor het laatst hoortoestellen aangeschaft en deze zijn toen door de zorgverzekeraar vergoed. Omdat de oude hoortoestellen niet langer voldeden én verzoekster in 2017 in aanmerking zou komen voor nieuwe, heeft zij zich gewend tot een audicien in haar woonplaats. Eind 2016, voorafgaand aan het eerste consult bij de audicien, heeft de echtgenoot van verzoekster telefonisch bij de zorgverzekeraar geïnformeerd of de audicien een door hem gecontracteerde leverancier is. Dit bleek het geval te zijn. Tijdens het eerste consult is door de audicien een hoortest bij verzoekster afgenomen. Uit de resultaten volgde dat de gehoorgang van verzoekster was achteruit gegaan, en dat zij nieuwe hoortoestellen nodig had. Bij deze gelegenheid heeft verzoekster van de audicien algemene informatie meegekregen over de vergoeding van hoortoestellen.
- 4.2. De echtgenoot van verzoekster, die de financiën en verzekeringen regelt, heeft de informatie doorgelezen en geconstateerd dat hierin niets is opgenomen over het *niet* vergoeden van hoortoestellen. Hij heeft begin januari 2017 met de audicien gebeld en gevraagd hoortoestellen, passend bij de gehoorproblemen van verzoekster, te leveren. Tijdens dit contact is niet gesproken over hoortoestellen die al dan niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.3. Op 11 januari 2017 heeft verzoekster de hoortoestellen die volgens de audicien het meest passend waren getest. Deze hoortoestellen zaten prima en verzoekster ervoer een aanzienlijke verbetering ten opzichte van de oude exemplaren. De audicien heeft tijdens het testen geen alternatieven aangeboden en voorts is door hem niet medegedeeld dat de hoortoestellen niet voor vergoeding

in aanmerking komen. Verzoekster heeft vervolgens nog één keer de audicien bezocht voor het regelen van de instellingen van de toestellen, waarna zij deze direct is gaan gebruiken.

- 4.4. De nadien ontvangen factuur heeft verzoekster ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Omdat de kosten van de hoortoestellen vergelijkbaar waren met die van de toestellen die zij in 2012 had aangeschaft, ging verzoekster ervan uit dat ook de nieuwe hoortoestellen zouden worden vergoed.
- 4.5. Verzoekster betwist de stelling van de zorgverzekeraar dat de audicien haar heeft geïnformeerd over het feit dat de hoortoestellen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster merkt op tijdens de bezoeken aan de audicien alleen met hem te hebben gesproken over het eigen risico 2017. Over de vergoedingsmogelijkheden vanuit een eventueel af te sluiten aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar is niet gesproken. Voorts merkt zij op dat de zorgverzekeraar zich bij zijn afwijzing beroept op landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en leveranciers van hoortoestellen. Deze afspraken waren verzoekster evenwel niet bekend.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in 2017 naar de audicien is gegaan en deze heeft getest en geïnformeerd naar haar verzekering. Dat gesprek heeft zij wel gehoord, maar af en toe ging een deel verloren omdat zij toe was aan een nieuw hoortoestel. De audicien is gevraagd om een goed hoortoestel te leveren, en deze kwam met het onderhavige toestel. Hierbij is niet gezegd dat het om een onverzekerd hoortoestel ging. Daarna volgde de rekening van ruim € 2.200,--. De vorige keer is ongeveer hetzelfde bedrag betaald voor een hoortoestel. De audicien heeft de keuze gemaakt, en had moeten waarschuwen dat het toestel niet werd vergoed. De audicien heeft gevraagd waarvoor verzoekster het hoortoestel nodig had. Hierop heeft zij geantwoord dat zij het voor sociale contacten nodig heeft. Zij heeft nooit gehoord dat zij een heel speciaal geval is wat horen betreft. Zij heeft niet begrepen dat in het geheel geen vergoeding zou volgen. Verzoekster merkt op dat er veel geavanceerdere toestellen zijn, zodat zij niet het duurste toestel heeft aangeschaft. Het hoortoestel kan meer kan dan zij wist, bijvoorbeeld contact maken met een mobiele telefoon.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Op grond van artikel 2.1, derde lid, Bzv heeft de verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De zorg moet doelmatig en adequaat zijn. De zorgverzekeraar heeft dit geregeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering.
- 5.2. De aanspraak op hoortoestellen is geregeld in de polisvoorwaarden en het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de zorgverzekeraar. Daarnaast dient te worden uitgegaan van het Keuzeprotocol Hoorzorg van Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN), waarmee uitvoering wordt gegeven aan artikel 2.1, derde lid, Bzv. Leveranciers dienen bij het aanmeten van hoortoestellen het Keuzeprotocol alsmede de Amsterdamse Vragenlijst (AVL) te hanteren. Met de AVL wordt in kaart gebracht welke beperkingen de verzekerde ervaart in het horen en het verstaan. Hierbij wordt rekening gehouden met de specifieke situatie van de verzekerde. Voorts wordt een uitgebreide hoortest afgenomen op grond waarvan kan worden vastgesteld of sprake is van een eenvoudige of complexe zorgvraag.
- 5.3. Er zijn vijf categorieën hoortoestellen volgens het Keuzeprotocol Hoorzorg. De verzekerde wordt door de leverancier, op grond van diens bevindingen, ingedeeld in een categorie. Op basis van deze vaststelling wordt een toestel uit de voorgeschreven categorie op proef aangeboden. Eventueel volgt een tweede proefperiode met een ander toestel uit de voorgeschreven categorie. Indien de verzekerde kiest voor een toestel uit een andere categorie dan de voorgeschreven categorie,

is in beginsel geen vergoeding mogelijk. In dat geval kan namelijk niet worden gesproken van adequate en doelmatige zorg. Vergoeding van een 'buitencategorie' hoortoestel is eventueel wel mogelijk indien sprake is van een bijzondere zorgvraag. De noodzaak voor een hoortoestel buiten de voorgeschreven categorie dient in dat geval nader te worden gemotiveerd.

- 5.4. De zorgverzekeraar heeft verschillende leveranciers gecontracteerd met wie hij afspraken heeft gemaakt over de kwaliteit, garantie, service en levering van hulpmiddelen. Wordt een hulpmiddel bij een gecontracteerde leverancier aangeschaft, dan hoeft de verzekerde niet vooraf om een akkoordverklaring van de zorgverzekeraar te vragen. De leverancier beoordeelt in dat geval namens de zorgverzekeraar of wordt voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding, en handelt daarbij overeenkomstig het Keuzeprotocol Hoorzorg. De leverancier heeft in onderhavig geval, naar aanleiding van het invullen van de AVL, geconcludeerd dat verzoekster is aangewezen op hoortoestellen van categorie twee. Omdat dit verzoekster niet toereikend leek, is in overleg gekozen voor de 'Beltone Legend 6' toestellen. Deze hoortoestellen zijn niet in de ZN-hoortoestellendatabase opgenomen.
- 5.5. De paramedisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met de audicien. Bij die gelegenheid heeft de audicien medegedeeld dat hij verzoekster duidelijk heeft geïnformeerd dat geen recht op vergoeding bestaat voor hoortoestellen die niet zijn opgenomen in de database, en dat verzoekster en haar echtgenoot nadrukkelijk hebben gekozen voor de onderhavige toestellen. De leverancier stelt dit zeker te weten, omdat met verzoekster ook is gesproken over het afsluiten van een aanvullende verzekering in 2017, een waarbij een hogere vergoeding mogelijk is indien zij zou kiezen voor een toestel uit de database. Bovendien blijkt uit het verzoek aan de commissie, waarin een nadere uitleg wordt gegeven over de gang van zaken, dat met verzoekster is gesproken over de vergoedingen. Mogelijk heeft verzoekster de consequenties van het kiezen voor hoortoestellen die niet zijn opgenomen in de database niet begrepen. Ook blijkt uit de gegeven toelichting dat door de echtgenoot van verzoekster is benadrukt dat een goede aanpak van het hoorprobleem voorop stond. Verder is op het intakeformulier van 11 januari 2017 vermeld dat de aanschaf van de 'Beltone Legend 6' toestellen een eigen keuze is geweest.
- 5.6. Naar aanleiding van het verzoek dat bij de commissie is ingediend, heeft de paramedisch adviseur van de zorgverzekeraar nogmaals telefonisch contact met de leverancier opgenomen. Bij die gelegenheid is de paramedisch adviseur medegedeeld dat bij verzoekster geen sprake was van een dusdanige zorgvraag of zodanig hoorverlies dat doorverwijzing naar een audiologisch centrum noodzakelijk was. De leverancier heeft nogmaals benadrukt dat verzoekster uitdrukkelijk heeft gekozen voor de 'Beltone Legend 6' toestellen, en dat zij geen andere toestellen wilde proberen.
- 5.7. Volgens verzoekster zijn de kosten van de door haar aangeschafte hoortoestellen niet buitensporig hoog en zijn deze vergelijkbaar met de kosten van de toestellen die wél voor vergoeding in aanmerking komen. Dit is echter niet van belang, aangezien het de zorgverzekeraar niet is toegestaan de kosten te vergoeden die hij zou hebben gemaakt indien verzoekster had gekozen voor hoortoestellen uit de aangewezen categorie. Ook ziet de zorgverzekeraar geen aanleiding voor de aangeschafte toestellen een (gedeeltelijke) vergoeding op basis van coulance te verstrekken.
- 5.8. Naar aanleiding van het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar door een audioloog van het Audiologisch Centrum moet worden onderzocht of verzoekster kan uitkomen met een hoortoestel uit de database passend bij categorie 2. Daarom heeft hij verzoekster verzocht een aantal vragen te laten beantwoorden door voornoemde zorgaanbieder. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar laten weten hieraan niet mee te werken, maar de hoorzitting en het bindend advies van de commissie te willen afwachten.
- 5.9. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat met ingang van 1 januari 2013 de vergoeding voor hoortoestellen is gewijzigd, in die zin dat het Keuzeprotocol Hoorzorg moet worden gevolgd. Daarom is het nu anders dan bij de aanschaf van de vorige twee hoortoestellen.

Volgens de audicien zijn verzoekster en haar echtgenoot geweest op het feit dat het een hoortoestel betreft buiten de database. Volgens de audicien is destijds gesproken over de verzekering, en hebben verzoekster en haar echtgenoot nadrukkelijk gekozen voor een hoortoestel buiten de database. Dit weet hij nog goed, heeft hij gezegd, omdat ook is gesproken over de aanvullende verzekering.

5.10. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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 of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

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 B.1 tot en met B.27 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.17. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan.(...) Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl. Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

(...)

Tip

Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:

(...)

o hoortoestellen;

(...)

Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk D.4.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;*
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;*
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;*

- de hoogte van een eventuele eigen bijdrage of maximum vergoeding.
U kunt het Reglement bekijken op onze internetsite of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel afneemt van een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, betalen wij de zorgverlener en verrekenen wij deze eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

(...)

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven. Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.
(...)"

- 8.4. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de verzekerde zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.(...)

Toelichting

(...)

- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.

(...)."

- 8.5. Artikel 2.5 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"2.5 Doelmatige zorg

Doelmatige zorg betekent dat het moet gaan om de meest passende zorg in uw situatie. Er moet altijd een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. De zorgverleners letten bij de verstrekking op de doelmatigheid van de in te zetten hulpmiddelen. (...)"

- 8.6. Artikel B.17.8. van het 'Reglement hulpmiddelen 2017' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Hulpmiddel

Elektro-akoestische hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes

Voorwaarden

Als sprake is van een revalideerbaar oor met drempelverlies van minstens 35 dB voor het betreffende oor, (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) of ernstig oorsuizen.

Akkoordverklaring 1e verstrekking nodig van: Gecontracteerde zorgverlener

Akkoordverklaring nodig van ons: Bij buiten-categorie hoortoestellen

Verwijsbrief met medische diagnose nodig van: Vanaf 67 jaar: gecontracteerde triage audicien

Bruikleen/Eigendom: Eigendom

Let op!

Wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes.

Het hulpmiddel moet geleverd worden door gediplomeerd StAr-audicien.

Het hulpmiddel moet aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorprotocol.

Het hulpmiddel moet zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database.

(...)"

- 8.7. De artikelen A.3.2. en B.17. van de zorgverzekering en de artikelen 2.5. en B.17.8. van het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 in 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.

- 8.9. 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 A.3.2. van de zorgverzekering en artikel 2.5 van zijn 'Reglement Hulpmiddelen 2017'.

9.2. Verzoekster is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie twee. De door haar aangeschafte toestellen van het type 'Beltone Legend 6' betreffen echter hoortoestellen uit de 'buitencategorie' waarvoor geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering mogelijk is, tenzij sprake is van een bijzondere zorgvraag. Dat verzoekster niet uit kan met gekwalificeerde hoortoestellen uit categorie twee zoals geïndiceerd, is volgens het Zorginstituut, gezien zijn advies van 31 oktober 2017, niet aannemelijk. Voorts is het volgens het Zorginstituut gelet op de beoogde luisterdoelen van verzoekster onwaarschijnlijk dat sprake is van een bijzondere zorgvraag. Omdat echter geen hoortoestellen uit categorie twee zijn geprobeerd, adviseert het Zorginstituut de commissie door de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. De zorgverzekeraar heeft, in het kader van het nader onderzoek, verzoekster gevraagd een bezoek te brengen aan een audiologisch centrum. Verzoekster heeft dit geweigerd. De commissie concludeert dat zij aldus niet aannemelijk heeft gemaakt dat in haar geval sprake is van een bijzondere zorgvraag zodat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de hoortoestellen die zij heeft aangeschaft.

9.3. Voor zover verzoekster meent dat zij in ieder geval aanspraak heeft op een gedeeltelijke vergoeding, die eruit zou moeten bestaan dat door de zorgverzekeraar een bedrag wordt vergoed als ware aan haar hoortoestellen uit categorie twee geleverd, merkt de commissie het volgende op. Aangezien feitelijk geen categorie twee hoortoestellen zijn aangeschaft, is in dat geval sprake van substitutie van zorg, in die zin dat een hulpmiddel wordt vergoed dat niet is geleverd. De zorgverzekering kent niet de mogelijkheid van substitutie, zodat dit argument van verzoekster niet kan leiden tot vergoeding van althans een deel van de kosten.

Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard niet over te gaan tot een vergoeding op basis van coulance. Hiertoe merkt de commissie op dat toepassing van coulance is voorbehouden aan de zorgverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de zorgverzekeraar een beleid van willekeur zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld nog gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

9.4. De stelling dat verzoekster door de audicien niet is geïnformeerd over het feit dat de door haar aangeschafte hoortoestellen niet voor vergoeding in aanmerking komen en voorts dat haar door de audicien geen alternatieven zijn aangeboden, acht de commissie niet aannemelijk gelet op het verweer van de zorgverzekeraar en het feit dat ter zitting door de echtgenoot van verzoekster is te kennen gegeven dat dit best gezegd zou kunnen zijn maar dat dit aan haar voorbij is gegaan.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 10 januari 2018,



A.I.M. van Mierlo

