



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen categorie 6
Zaaknummer : 201800320
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onderdeel c, en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding de kosten twee hoortoestellen het type 'Resound Linx 3D 9' (hierna: de aanspraak). Bij brief 2 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging voormelde beslissing gevraagd. Bij brief 29 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een vergoeding te verlenen € 648,50 per hoortoestel ten laste de zorgverzekering, en een vergoeding € 200,- voor beide toestellen samen ten laste de aanvullende ziektekostenverzekering. De totale vergoeding komt hiermee uit op € 1.497,50.

3.4. Bij brief 1 mei 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (*Geschillencommissie leden*).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief 1 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hier is op 6 juni 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 juni 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief 6 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief 4 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018028014) bij wege voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de voorliggende informatie niet blijkt dat verzoeker niet zou uitkomen met hoortoestellen uit de database en dat een onderbouwing voor het type 'Resound Linx 3D 9' ontbreekt. Een afschrift het advies het Zorginstituut is op 6 juli 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar gevraagd contact op te nemen met het audiologisch centrum waar verzoeker is geweest. Bij brief 28 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat gepoogd is contact te zoeken met de audioloog, maar dat dit niet is gelukt. Deze brief is op 2 oktober 2018 aan verzoeker gezonden, met de mogelijkheid hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief 18 oktober 2018 toegelicht contact te hebben gezocht met de audioloog, die heeft verklaard dat op 8 oktober 2018 een contact heeft plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar. Een verslag het betreffende gesprek heeft verzoeker bijgevoegd. De ziektekostenverzekeraar is gevraagd hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief 30 oktober 2018 gereageerd. Een afschrift hier is op 2 november 2018 aan verzoeker gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief 5 november 2018 op de brief de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hier is op 7 november 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Bij brief 9 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften de aantekeningen de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief 20 november 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. In reactie op de nagekomen stukken heeft het Zorginstituut medegedeeld dat een verbetering 9 dB aanzienlijk is en een indicatie zou kunnen zijn voor een buitencategorie toestel. Het blijft echter niet aangetoond dat deze verbetering niet ook met een hoortoestel uit de landelijke database haalbaar is. Een afschrift dit advies is op 23 november 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 26 november 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie verzoeker


- 4.1. De behandelend audioloog heeft bij ongedateerde brief, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, over verzoeker verklaard: "(...) Bij toonaudiometrie vonden we voor de luchtgeleiding drempels 80 dB HL rechts en 92 dB HL links (gemiddeld over 1, 2 en 4 kHz). Ter onderging de klachten is een hoortoestelproef gestart. Uiteindelijk is de keus gevallen op onderstaande apparatuur:

Rechts: Resound Linx 3D 9; Oorstukje: oorstukje op maat.

Links: Resound Linx 3D 9; Oorstukje: oorstukje op maat.


Bij controle bleek deze apparatuur adequate versterking te geven. De ervaringen tijdens de proefperiode waren daarbij zodanig dat wij uw verzekerde adviseerden tot aanschaf de apparatuur over te gaan. In tegenstelling tot hoortoestellen binnen de ZN-hoortoestellendatabase, bieden deze hoortoestellen twee extra features die voor uw verzekerde essentieel zijn om op zijn werk adequaat te kunnen functioneren. De eerste feature betreft het direct kunnen streamen telefoongesprekken via de iPhone naar de hoortoestellen. De tweede feature betreft de mogelijkheid voor de gebruiker om de instellingen de hoortoestellen handmatig te finetunen via een app op de iPhone. (...)


- 4.2. Op de website de ziektekostenverzekeraar is vermeld dat bij aanschaf hoortoestellen uit categorie 5 een persoonlijk advies ('hooroplossing op maat') een audiologische centrum verplicht is. Verzoeker heeft zich gewend tot een audioloog, die hem het advies heeft gegeven de hoortoestellen het type Resound Linx 3D 9 aan te schaffen. Vanuit audiologisch oogpunt was af het begin duidelijk dat reguliere apparaten binnen categorie 5 voor verzoeker onvoldoende adequaat zouden zijn. Hij kon het bovendien wege zijn persoonlijke situatie niet opbrengen om nog twee tot drie maanden "door te modderen" met dergelijke hoortoestellen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch en schriftelijk aan verzoeker medegedeeld contact te hebben gehad met de behandelend audioloog. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is echter gebleken dat de ziektekostenverzekeraar dit contact niet heeft gelegd, omdat hij hiertoe geen aanleiding zag. De ziektekostenverzekeraar was mening dat overleg met een door hem willekeurig gekozen audiologisch centrum de zelfde orde was. Dit getuigt een verregaande devaluatie het door de ziektekostenverzekeraar zelf gehuldigde begrip 'hooradvies op maat'.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker recht op een adequaat functionerend hulpmiddel, maar niet op het best mogelijke hulpmiddel. Voor verzoeker vormt het best mogelijke hulpmiddel echter het enige adequaat functionerende hulpmiddel. De mogelijkheid het hoortoestel per frequentie te kunnen versterken dan wel verzwakken teneinde vervorming tegen te gaan is een functie die voor verzoeker onontbeerlijk is. Alle toestellen die dit niet kunnen, zijn voor hem dus niet adequaat.
- 4.5. Verzoeker vraagt de commissie (i) de ziektekostenverzekeraar op te dragen daadwerkelijk geïnteresseerd te overleggen met de behandelend audioloog over de indicatiestelling ten aanzien het door hem aangeraden audiologische hulpmiddel, waarbij de uitkomst dit overleg op fatsoenlijke wijze aan verzoeker wordt teruggekoppeld, (ii) de ziektekostenverzekeraar op te dragen - afhankelijk de uitkomst dit overleg - een inhoudelijk goed onderbouwde beslissing te nemen over de vergoeding die past bij categorie 5, en (iii) de ziektekostenverzekeraar op te dragen ervoor te zorgen dat de omgang met patiënten/klanten verbetert door voortaan eerlijk en inhoudelijk deskundig met behandelaars te communiceren.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij uit het advies het Zorginstituut heeft begrepen dat het gaat om de regelgeving. In het advies zijn zijn bezwaren op zich goed verwoord. Wat onderbelicht blijft, zijn de werkzaamheden. Voor verzoeker is het tijdens zijn werkzaamheden belangrijk dat hij het toestel kan aanpassen. Volgens de audicien kan verzoeker alleen met het gekozen toestel de frequentie instellen. Met name tijdens zijn werkzaamheden maakt verzoeker gebruik deze functionaliteit. In het advies het Zorginstituut komt alleen de koppeling met de iPhone ter sprake. Verder volgt uit het advies dat mogelijk aanspraak bestaat op een hoortoestel categorie 6 toestel indien er twee andere toestellen zijn geprobeerd. Dit heeft verzoeker om verschillende redenen niet gedaan. Een jaar geleden moest hij namelijk om de vijf jaar een nieuw toestel aanschaffen. Door de audicien is verteld dat hij twee apparaten moest proberen maar dit zou tijdsverlies opleveren. Deze toestellen hadden namelijk niet de gewenste functies. Verzoeker is bij een audiologisch centrum geweest. Persoonlijke omstandigheden waaronder het overlijden zijn vrouw maakten dat het niet mogelijk was om twee andere toestellen uit te proberen. Verzoeker heeft na het bezoek aan het audiologisch centrum gevraagd of de ziektekostenverzekeraar contact kan opnemen met het audiologisch centrum. Na eerst gezegd te hebben dat dit was gebeurd, werd dit later ontkend.

 4.7. Uit het overleg tussen de ziektekostenverzekeraar en de audioloog blijkt dat de apparaten die voor verzoeker adequaat zijn buiten de landelijke database vallen. Er zijn geen apparaten binnen de database die vergelijkbaar zijn. De ziektekostenverzekeraar erkent dat verzoeker met de betreffende toestellen 9 dB meer hoort dan met toestellen binnen de database. Deze verbetering is aanzienlijk. De ziektekostenverzekeraar weigert echter zijn standpunt te herzien en baseert zijn afwijzing nu op de procedurele gang zaken, namelijk dat verzoeker niet eerst twee toestellen heeft geprobeerd. De ziektekostenverzekeraar gaat daarmee voorbij aan het oordeel de audioloog. De audioloog heeft in zijn oordeel meegewogen dat verzoeker een ervaren gebruiker is, die wege zijn psychosociale situatie niet in staat was een lange periode door te komen met apparaten waar op voorhand duidelijk was dat deze niet zouden voldoen. De ziektekostenverzekeraar houdt echter geen rekening met de mens achter de aanvraag, en doet deze alleen bureaucratisch af.


 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


5. Het standpunt en de conclusie de ziektekostenverzekeraar


 5.1. Het audiologisch centrum dat verzoeker heeft bezocht, heeft bij hem een toonaudiometrie uitgevoerd. Op basis de uitslag hier is een hoortoestelproef gestart, waarna het advies is uitgebracht over te gaan tot aanschaf de hoortoestellen het type Resound Linx 3D 9. Bij controle is gebleken dat deze apparatuur een adequate versterking levert voor het gehoor verzoeker. Het gaat om hoortoestellen die vallen buiten de ZN-hoortoestellendatabase. In dat geval dient objectief te worden aangetoond, door middel twee proeven met hoortoestellen uit categorie 5, dat geen adequate hoortoestellen binnen de database beschikbaar zijn. Aangezien dit niet is gebeurd, is vergoeding de hoortoestellen afgewezen. Een en ander is vastgelegd in artikel 2.10, derde lid, Rzv.

 5.2. Voor zover het gaat om de door verzoeker genoemde features, geldt dat het gelet op de artikelen 2.6, onderdeel c, en 2.10 Rzv dient te gaan om correctie stoornissen in de hoorfunctie. Er bestaan ook losse telefoonkoppelingen die veel voordeliger zijn dan het verschil in prijs tussen een categorie 5 en een buitendatabase hoortoestel. Om die reden vormen de betreffende features geen reden bewust te kiezen voor een hoortoestel buiten de database.

 5.3. Omdat verzoeker een restitutiepolis heeft afgesloten, is de ziektekostenverzekeraar bereid hem het maximale tarief voor 2017 te betalen voor een hoortoestel uit de database met maatwerk en een bijbehorend oorstukje. Het gaat om € 648,75 per hoortoestel. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding mogelijk maximaal € 200,-- per kalenderjaar. De totale vergoeding komt hiermee uit op € 1.497,50.

 5.4. De medisch adviseur de ziektekostenverzekeraar heeft geen contact opgenomen met de behandelend audioloog, omdat hiertoe geen aanleiding bestond. Wel is de aanvraag verzoeker meegenomen in een algemeen periodiek overleg tussen de medisch adviseurs en de audiologische centra. Aan elk overleg neemt een ander audiologisch centrum deel.

 5.5. Alle audiologische centra dienen bekend te zijn met de aanvraagprocedure voor hoortoestellen buiten de database. Zij dienen een checklist te hanteren, waarin ook twee proeven met categorie 5 hoortoestellen binnen de database aan bod komen. In het geval verzoeker heeft het audiologisch centrum niet goed gehandeld. De informatie op de website is op dit punt niet foutief; het audiologisch centrum dient de inhoudelijke beoordeling uit te voeren.

 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat alle audiciens op dezelfde wijze werken en indiceren volgens het ZN keuzeprotocol. Hierin is bepaald dat twee toestellen moeten worden geprobeerd alvorens de keuze valt op een categorie 6 toestel. Niet is onderbouwd waarom de toestellen uit de database niet zouden voldoen. Uiteindelijk is een vergoeding verleend voor een hoortoestel uit categorie 5. De verleende vergoeding bedraagt € 1.497,50. Dit is twee keer € 648,75 ten laste de zorgverzekering en € 200,-- ten laste de aanvullende ziektekostenverzekering. Wat

betreft de communicatie richting verzoeker is sprake een misverstand. In de interne communicatie de ziektekostenverzekeraar staat "AC-overleg" genoteerd. De medewerker aan de telefoon heeft dit geïnterpreteerd als dat er overleg is geweest met het audiologisch centrum. Feitelijk heeft er geen overleg plaatsgevonden.

Bij toestellen uit de landelijke database bestaan ook opties om de frequentie in te stellen. Of deze opties toepasbaar zijn in de situatie verzoeker is onduidelijk omdat hij geen andere toestellen heeft geprobeerd. De ziektekostenverzekeraar kan vragen of zijn adviseur nog een keer contact op kan nemen met het audiologisch centrum.

5.7. De argumenten verzoeker voor een hoortoestel buiten de database waren de extra features die voor verzoeker essentieel zijn om op zijn werk adequaat te kunnen functioneren. Het gaat dan om het direct kunnen streamen telefoongesprekken via de iPhone naar de hoortoestellen en het handmatig bedienen de toestellen met de iPhone zonder gebruik te hoeven maken een aparte afstandsbediening. Voor audiologen is een heldere procedure vastgesteld voor het aanvragen hoortoestellen buiten de database. Wanneer deze procedure niet wordt gevolgd, bestaat geen aanspraak op (volledige) vergoeding de hoortoestellen buiten de database.

5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 de zorgverzekering en 7 de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien de zorgverzekering als ten aanzien de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de aanspraak alsnog tot een hoger bedrag dan € 1.497,50 dient in te willigen, ten laste de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en meer specifiek of hij gehouden is (i) contact op te nemen met de behandelend audioloog, (ii) een onderbouwde beslissing te nemen over de vergoeding die past bij categorie 5 en (iii) ervoor te zorgen dat de omgang met verzekerden wordt verbeterd.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 de zorgverzekering.

8.3. Artikel 36 de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen en verbandmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier belang:

"Omschrijving

U hebt recht op vergoeding de kosten functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de ziektekostenverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontgt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel u. In uitzondering op de vergoeding de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. (...)"

- 8.4. In het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier belang, het volgende bepaald:

"(...) hoortoestellen categorie 4 en 5, (bi)cros zender en oorstukjes (...)

Verwijzing door: gecontracteerd triage-audicien/audiologisch centrum (...)

Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden:

Eigen bijdrage af 18 jaar: U bent voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder een eigen bijdrage verschuldigd 25% de aanschafkosten. (...)

Bijzonderheden: U hebt recht op vergoeding als uw gehoorverlies minimaal 35 dB is. Op basis het hoorhulpmiddelen protocol wordt bepaald op welk type hoortoestel u recht hebt. Kijk voor meer informatie op onze website. (...)"

- 8.5. Artikel 36 de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding de kosten de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis een zuivere restitutiepolis hebben, op grond artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel toepassing zijnde eigen bijdragen.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omg 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 zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omg redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. 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, overheidswege gereguleerde vorm schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.8. Artikel 34 de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op hoortoestellen en luidt, voor zover hier belang:

"Omschrijving

Gedeeltelijke vergoeding het verschil tussen de aanschafwaarde en de vergoeding die u ontgt uit de zorgverzekering.

Vergoeding

Maximaal € 200.

Bijzonderheden

De vergoeding wordt uitsluitend verleend per hoortoestel dat vergoed of verstrekt is op grond de zorgverzekering."

9. Beoordeling het geschil

Ten aanzien de zorgverzekering

- 9.1. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste de zorgverzekering, wordt gebruik gemaakt 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 zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omg redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in artikel 36 de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2017'. In dit reglement is bepaald dat op basis het 'hoorhulpmiddelen protocol' wordt bepaald op welk type hoortoestel de verzekerde recht heeft. Gedoeld wordt hier op het reeds genoemde ZN keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol is onder andere bepaald dat de verzekerde moet worden ondergebracht in één de vijf categorieën. Lukt dit niet, dan kan sprake zijn een bijzondere individuele zorgvraag. In dat geval moet objectief worden aangetoond, met aanvullende testen en bijkomende gegevens, dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien een adequaat functionerende hooroplossing.
- 9.2. Vast staat dat verzoeker is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 5 en dat de door hem aangeschafte toestellen het type Resound Linx 3D 9 niet onder één de vijf categorieën uit het protocol vallen. Verzoeker heeft geen andere hoortoestellen geprobeerd. Hij heeft hiervoor, naast zijn persoonlijke omstandigheden, als reden gegeven dat reeds vast stond dat de functionaliteiten die hij nodig heeft, niet bestaan binnen de categorieën. Verzoeker heeft evenwel niet onderbouwd waarom hij op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op de door hem aangeschafte hulpmiddelen. Met andere woorden: het bestaan een bijzondere individuele zorgvraag is niet aangetoond. De enkele verklaring de audioloog dat deze hoortoestellen voor verzoeker de beste oplossing zijn, is onvoldoende om dit te kunnen aannemen. Zulks blijkt overigens ook niet uit de aard de extra functionaliteiten, die bestaan uit het kunnen instellen de frequentie en het kunnen aansluiten de hoortoestellen op een iPhone. Omdat hiervoor, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker niet bestreden, andere oplossingen voorhanden zijn tegen lagere kosten, zijn de buitencategorie hoortoestellen niet alleen niet-geïndiceerd, maar bovendien niet doelmatig in de zin de polisvoorwaarden. Weliswaar is komen vast te staan dat met de gekozen toestellen een aanzienlijke verbetering is bereikt, maar verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat deze verbetering ook niet met hoortoestellen uit de database haalbaar was geweest. Hieruit volgt dat op grond de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding.
- 9.3. Voor zover verzoeker meent aanspraak te kunnen maken op een vergoeding op basis de prijs hoortoestellen in de geïndiceerde categorie, overweegt de commissie dat de zorgverzekering niet de mogelijkheid biedt de kosten bij wijze substitutie te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar is hiertoe - naar de commissie begrijpt op basis coulance - wel overgegaan. In die beslissing de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.

Ten aanzien de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot € 200,- per kalenderjaar voor de kosten hoortoestellen, mits deze gedeeltelijk ten laste de zorgverzekering worden vergoed. Zoals hiervoor onder 9.2 is overwogen, heeft verzoeker geen aanspraak op een (gedeeltelijke) vergoeding de hoortoestellen ten laste de zorgverzekering, zodat tevens geen aanspraak bestaat op vergoeding ten laste de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gemeend het bedrag € 200,- toch aan verzoeker te moeten vergoeden. In die beslissing de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.

Overleg audioloog, onderbouwing beslissing, communicatie met verzekerden

- 9.5. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, in het bijzonder dat de ziektekostenverzekeraar dient te overleggen met de audioloog, zijn beslissing dient te onderbouwen en ervoor zorg dient te dragen dat hij zorgvuldig communiceert met zijn verzekerden, kan niet leiden tot een ander oordeel op het punt het recht op vergoeding de aangeschafte hoortoestellen. Wel is de commissie oordeel dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft gemeend dat overleg met een door hem willekeurig gekozen audiologisch centrum de zelfde orde is als overleg met een door verzoeker geconsulteerde audioloog. Inmiddels heeft alsnog contact plaatsgevonden met de audioloog, maar dit heeft niet geleid tot een nadere onderbouwing waarom geen voor verzoeker adequaat functionerend hoortoestel in de landelijke database bestaat.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 januari 2019,

H.A.J. Kroon