



Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, substitutie
Zaaknummer : 201602888
Zittingsdatum : 13 juni 2018



ANONIEM BINDEND ADVIES

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 individueel afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van twee hoortoestellen type GNresound Linkx2, ten bedrage van totaal € 3.369,80 (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 4 juli 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog - eventueel gedeeltelijk - 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 van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 september 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 5 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 6 november 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017045350) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten doen, aangezien op grond van het dossier niet te beoordelen is of bij verzoekster sprake is van een bijzondere zorgvraag en zij redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde hoortoestellen.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 november 2017 aan partijen gezonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar is gevraagd het geadviseerde nader onderzoek te verrichten.
-  3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 januari 2018 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Een afschrift hiervan is op 17 januari 2018 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 24 januari 2018 gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. Een afschrift van deze brief is op 7 februari 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  3.10. Bij brief van 7 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 11 januari 2018 en de brief van verzoekster van 24 januari 2018 gezonden met het verzoek een inhoudelijk, definitief advies uit te brengen.
In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 februari 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut kan op grond van de aanvullende stukken niet vaststellen of verzoekster is aangewezen op de gevraagde hoortoestellen, en adviseert de commissie door de ziektekostenverzekeraar bij de audicien te laten navragen wat de reden is dat verzoekster niet is doorverwezen naar een audiologisch centrum en of verzoekster bewust voor hoortoestellen buiten de database heeft gekozen.
Een afschrift van dit advies is op 27 februari 2018 aan partijen gezonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar is verzocht het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 13 maart 2018 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Een afschrift van deze reactie is op 19 maart 2018 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft haar reactie bij brief van 26 maart 2018 aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 3 april 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  3.11. Bij brief van 3 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 13 maart 2018 en de brief van verzoekster van 26 maart 2018 gezonden met het verzoek een inhoudelijk, definitief advies uit te brengen.
In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 24 april 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft op grond van de nagekomen informatie niet kunnen vaststellen of verzoekster is aangewezen op de gevraagde hoortoestellen.
Een afschrift van dit advies is op 25 april 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie verzocht om uitstel van deze termijn en dit verzoek is toegewezen. Partijen hebben op 1 mei 2018 respectievelijk 16 mei 2018 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de respectievelijke wederpartijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster besloot in oktober 2015 tot vervanging van haar toen vijf jaar oude hoortoestellen. Deze hoortoestellen voldeden niet meer, aangezien het gehoor van verzoekster in de tussentijd achteruit was gegaan. Bij Beter Horen bleek binnen het ZN-keuzeprotocol Auditieve Zorg echter geen hoortoestel beschikbaar dat voor verzoekster voldeed. Met betrekking tot het type hoortoestel waarvoor verzoekster uiteindelijk koos, werd haar verteld dat geen vergoeding kon plaatsvinden vanwege de prijs. Omdat de nood te hoog was, besloot verzoekster de hoortoestellen voor eigen rekening aan te schaffen. Achteraf had verzoekster hier echter geen vrede mee. Zij vindt het namelijk opmerkelijk dat hoortoestellen die niet voldoen, wél voor vergoeding in aanmerking komen, terwijl hoortoestellen die voldoen maar duurder zijn, niet worden vergoed. Verzoekster heeft achteraf van de ziektekostenverzekeraar begrepen dat de audicien van Beter Horen haar eerst naar een audiologisch centrum had moeten verwijzen en dat op basis van het advies van dit centrum eventueel wel een vergoeding mogelijk was geweest. Een dergelijke uitleg heeft verzoekster eerder niet gekregen. Beter Horen heeft verzoekster nog wel naar een KNO-specialist verwezen, aangezien haar gehoor achteruit was gegaan.
- 4.2. Verzoekster stelt dat het ZN-keuzeprotocol en de bijbehorende categorie-indeling niet duidelijk zijn. Zo kan zij uit het protocol niet afleiden hoe de audicien tot de keuze voor een bepaalde categorie komt. Voor verzoekster is dan ook niet na te gaan waarom haar nieuwe hoortoestellen niet in een bepaalde categorie passen en blijft de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar hierdoor onvoldoende en onbegrijpelijk gemotiveerd. Verzoekster heeft het gevoel - mede op basis van opmerkingen van de audicien - dat het door haar gekozen type hoortoestel gewoonweg te duur wordt bevonden.
- 4.3. Volgens de polisvoorwaarden komt verzoekster, vanwege haar hoorproblemen, wel in aanmerking voor vergoeding van hoortoestellen. Normaliter wordt 75 percent van de kosten van de hoortoestellen door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster kan begrijpen dat hieraan - vanuit het oogpunt van kostenbeheersing - een limiet wordt gesteld. Echter, verzoekster vindt dat zij in dat geval recht heeft op minstens een vergoeding op basis van het prijsniveau van de hoortoestellen uit categorie drie.
- 4.4. Verzoekster heeft bij brief van 24 januari 2018 aan de commissie medegedeeld dat nooit is besproken dat eventueel sprake kon zijn van een bijzondere hulpvraag en dat hiervoor de expertise van een audiologisch centrum kan worden ingeroepen. Daarom is zij destijds zelf verder gaan zoeken. Dit betekent volgens haar dat niet in "hoogste instantie" is beslist of in haar geval sprake is van een bijzondere zorgvraag, of dat zij in een hogere categorie valt. Verzoekster vraagt zich af waarom de ziektekostenverzekeraar haar niet de vergoeding geeft die staat voor een hoortoestel uit categorie drie, aangezien zij in ieder geval op deze categorie is aangewezen.
- 4.5. Verzoekster heeft bij brief van 26 maart 2018 benadrukt dat de audicien niet met haar heeft gesproken over een mogelijke consultatie van een audioloog bij een audiologisch centrum. Indien deze mogelijkheid ter sprake was gekomen, zou verzoekster hiervan zeker gebruik hebben gemaakt, omdat hieruit naast een mogelijk betere oplossing ook een vergoeding van een deel van de kosten van de hoortoestellen uit de buitencategorie had kunnen voortkomen.
- 4.6. Verzoekster heeft bij brief van 1 mei 2018 aan de commissie medegedeeld dat zij zich kan voorstellen dat op basis van de beschikbare gegevens niet kan worden vastgesteld dat zij is aangewezen op de door haar aangeschafte hoortoestellen. Echter, zij is van mening dat hieruit evenmin kan worden afgeleid dat zij hierop niet is aangewezen. Zij benadrukt dat zij met deze hoortoestellen zo veel beter hoort, dat zij daar een aanzienlijk bedrag extra aan heeft willen besteden. Zij begrijpt dat zij deze extra kosten niet volledig krijgt vergoed, maar dat zij niet de

vergoeding krijgt op het niveau waarop de audicien haar heeft ingedeeld, dat begrijpt zij niet. En dit wordt door haar als onrechtvaardig ervaren.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De audicien bepaalt op basis van het ZN-keuzeprotocol Auditieve Zorg in welke categorie hoortoestellen een verzekerde wordt ingedeeld. Volgens de gegevens van de ziektekostenverzekeraar is verzoekster door de audicien ingedeeld in categorie drie. Verzoekster heeft dan alleen recht op vergoeding van hoortoestellen die binnen deze categorie vallen. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de door verzoekster aangeschafte hoortoestellen afgewezen omdat deze buiten de categorieën van het ZN-protocol vallen. Hoortoestellen van een hogere categorie komen in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking. Dit betekent dat aan verzoekster ook geen gedeeltelijke vergoeding kan worden verleend op basis van de categorie drie hoortoestellen. Tevens is gebleken dat bij de afhandeling van een eerdere klacht leverancier Beter Horen reeds aan verzoekster had medegedeeld dat de kosten van de door haar gekozen toestellen niet zouden worden vergoed.

5.2. Volgens Beter Horen was geen sprake van een noodzaak voor indeling van verzoekster in een hogere categorie, hetgeen kennelijk is bevestigd door een KNO-arts.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 maart 2018 aan de commissie medegedeeld dat hij naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 19 februari 2018 navraag heeft gedaan bij de betreffende zorgaanbieder. De audicien die verzoekster destijds heeft geholpen is niet meer werkzaam bij de zorgaanbieder. De huidige audicien heeft de ziektekostenverzekeraar op basis van de aanwezige informatie geantwoord. De audicien heeft verklaard dat verzoekster zelf heeft gekozen voor de niet in de database opgenomen hoortoestellen. Verzoekster heeft de volledige nota ook zelf betaald. Het is beleid bij de zorgaanbieder om verzekerden altijd voor te lichten over de consultatie van een audioloog bij een audiologisch centrum als daar een bepaalde noodzaak voor is. Het blijft de keuze en verantwoordelijkheid van betrokkene om het advies op te volgen. Door de zorgaanbieder worden de klantcontacten bijgehouden. Deze klantcontacten zijn echter niet te vergelijken met rapportages waarin de contactmomenten woordelijk worden vastgelegd. Dit is ook geen eis van de ziektekostenverzekeraar aan de audicien.

5.4. Bij brief van 16 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat uit het logboek van de audicien blijkt dat verzoekster Verso 560 hoortoestellen (categorie drie) heeft uitgeprobeerd. De ervaring hiermee is alleen in woorden terug te vinden, maar niet in een spraakaudiogram. Ook zijn Verso 561 hoortoestellen uitgeprobeerd, die eveneens in categorie drie zijn ingedeeld. In het logboek staat voorts dat verzoekster in oktober 2015 hoortoestellen van Phonak wil uitproberen. Dit duidt op een particuliere keuze die niet is ingegeven door het oordeel van de audicien. Immers, proeven met toestellen uit categorie vijf zijn niet gedaan. Hiervoor zou verzoekster zich conform het hoorprotocol moeten wenden tot een audiologisch centrum. De ziektekostenverzekeraar ziet geen argumenten die duiden op een dermate unieke luistersituatie dat kan worden gesproken van een bijzondere individuele zorgvraag. Verzoekster heeft een naturaverzekering, en heeft aanspraak op verzekerde, adequate zorg. Bij een naturaverzekering past geen bijbetaling door een verzekerde, zoals door verzoekster is voorgesteld.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog - eventueel gedeeltelijk - in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op 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 van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in; (...)"

8.4. Het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de ziektekostenverzekeraar regelt met betrekking tot hoortoestellen het volgende:

"Omschrijving hulpmiddel: hoortoestellen categorie 1 tot en met 3, (bi)cros zender en oorstukjes
Eigendom/buikleen: eigendom

Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: StAr geregistreerd audicien die werkt in een winkel met het keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien

Verwijzing door: Jonger dan 18 jaar, (bi)cros zenders en hoortoestellen die niet in de database zijn opgenomen: audiologisch centrum Overig: gecontracteerd triage-audicien/audiologisch centrum

Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig

Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder: Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.

Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden: Eigen bijdrage vanaf 18 jaar: U bent voor een hoortoestel een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten. Gebruikstermijn: U kunt uw hoortoestel, en (bi)cros zender minimaal 5 jaar gebruiken. Moet uw hoortoestel, of (bi)

cross zender binnen 5 jaar vervangen worden, dan hebt u een aanvraag nodig van het audiologisch centrum

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

- 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering regelt de medische noodzaak, en luidt:

"Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM) methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg; (...)"

- 8.6. De artikelen 1.2 en 34 van de zorgverzekering, en het 'Reglement hulpmiddelen 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van 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 van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van 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 van 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 van toepassing zijnde eigen bijdragen. 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.

- 8.8. 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 ziektekostenverzekeraar 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 een indicatieprotocol. Uit dit indicatieprotocol 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 alleen recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in artikel 1.2 van de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen 2016'. In dit reglement is opgenomen dat op basis van het hoorhulpmiddelen protocol wordt bepaald op welk type hoortoestel een verzekerde aanspraak heeft. Een en ander was derhalve voor verzoekster kenbaar.
- 9.2. Nadat verzoekster de KNO-arts had bezocht, is vastgesteld dat zij is geïndiceerd voor een hoortoestel uit categorie drie. De door verzoekster aangeschafte hoortoestellen type GNresound Linkx2 betreffen echter hoortoestellen uit een hogere categorie, waarvoor geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering mogelijk is, tenzij sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Dat verzoekster niet uit kan met geclassificeerde hoortoestellen uit categorie drie zoals geïndiceerd, is door haar weliswaar gesteld, maar verder niet onderbouwd. Kennelijk bestond er geen aanleiding haar door te verwijzen naar een audiologisch centrum vanwege een mogelijke bijzondere individuele zorgvraag. De thans door verzoekster gewekte suggestie dat op basis van een zodanige verwijzing een indicatie voor de aangeschafte hoortoestellen zou zijn vastgesteld, moet dan ook worden gepasseerd. Integendeel, Beter Horen heeft juist verklaard dat geen noodzaak bestond voor indeling in een hogere categorie.
Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door haar aangeschafte hoortoestellen type GNresound Linkx2 ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij wellicht geen aanspraak heeft op volledige vergoeding, maar dan toch in ieder geval op een gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de hoortoestellen. Deze gedeeltelijke vergoeding zou eruit moeten bestaan dat door de ziektekostenverzekeraar een bedrag wordt vergoed als ware aan haar hoortoestellen uit categorie drie geleverd. De commissie deelt deze stelling niet. Verzoekster is namelijk verzekerd op basis van een naturapolis en heeft derhalve aanspraak op levering van hoortoestellen uit categorie drie in natura. Indien zij zodanige hoortoestellen zou betrekken bij een niet-gecontracteerde leverancier komt zij in aanmerking voor een door de ziektekostenverzekeraar vast te stellen vergoeding. Die situatie is hier evenwel niet aan de orde; verzoekster heeft gekozen voor buitencategorie hoortoestellen waarop zij niet is aangewezen. Voor een gedeeltelijke vergoeding bestaat onder deze omstandigheden dan ook geen grond.
Hetgeen overigens verzoekster heeft gesteld, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt uitsluitend dekking voor de kosten van batterijen voor hoortoestellen, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

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, 20 juni 2018,



G.R.J. de Groot

