



Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, hoogte vergoeding, niet-gecontracteerde zorgaanbieder  
Zaaknummer : 201503256  
Zittingsdatum : 22 juni 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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 verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de 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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op twee Phonak Solana SP hoortoestellen (verder: de aanspraak). Bij brief van 10 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld meer informatie nodig te hebben voor de beoordeling van de aanvraag. Bij brief van 6 november 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van de twee Phonak Solana SP hoortoestellen gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 1.477,20.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 november 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker 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 18 januari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 maart 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 april 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. Verzoeker heeft hierbij een schriftelijke toelichting gegeven op de brief van de zorgverzekeraar van 24 maart 2016. Een afschrift hiervan is op 12 april 2016 aan de zorgverzekeraar gezonden. De zorgverzekeraar heeft op 26 april 2016 per e-mail medegedeeld wél te willen worden gehoord. Hierop is aan verzoeker gevraagd of het voorgaande voor hem aanleiding is om alsnog te willen worden gehoord. Bij brief van 2 mei 2016 heeft verzoeker medegedeeld geen behoefte te hebben aan het nader toelichten van zijn standpunten.
- 3.8. Bij brief van 30 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 29 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016039864) - bij wege van voorlopig advies - de commissie medegedeeld dat verzoeker inhoudelijk aanspraak heeft op de Phonak Solana SP hoortoestellen, en dat uit het dossier niet blijkt dat hij redelijkerwijs is aangewezen op de Phonak Bolero Q90SP hoortoestellen. Het Zorginstituut licht dit als volgt toe: *"Per 1 januari 2013 is er binnen de Zvw een nieuw vergoedingssysteem voor hoortoestellen. De keuze voor het hoortoestel vindt plaats op basis van de 'functiegerichte aanspraak'. Zorgverzekeraars hebben samen met audiciens en audiologen voor de indicatiestelling een protocol ontwikkeld. Op basis van dit protocol bepaalt de audicien/audioloog de zorgvraag van een verzekerde, en vervolgens wordt de keuze gemaakt voor een hoortoestel uit de categorie die bij de zorgvraag past. Het Phonak Bolero Q90 SP (hierna: Phonak Bolero) hoortoestel is een zogeheten 'buitencategorie' hoortoestel. Volgens de brief van de audicien van 1 juni 2015 is de spraakverstaanbaarheid met de Phonak Bolero verbeterd tot 94% aan beide oren bij 65dB, en met de Phonak Solana, een hoortoestel uit categorie 5, verbetert de spraakverstaanbaarheid tot 79% aan beide oren bij 65dB. De audicien geeft aan dat de Phonak Solana voldoet en adviseerde verzoeker om dit hoortoestel aan te schaffen. In zijn brief van 30 juni 2015 geeft verzoeker aan dat de Phonak Solana hoortoestellen beter zijn dan zijn huidige hoortoestellen Phonak Excelia M, maar minder dan de Phonak Bolero. Met de Phonak Bolero is de verstaanbaarheid van de autoradio beter en kan hij de TV weer verstaan zonder gebruikmaking van de Sennheiser. In zijn brief van 18 januari 2016 geeft verzoeker aan dat hij met de Phonak Bolero ook tijdens het autorijden weer met zijn buurman kan praten, en dat de spraakverstaanbaarheid in lastige omstandigheden met veel bijgeluiden en oorsuizen hierbij een grote rol spelen. De audicien schrijft in zijn brief van 1 juni 2015 dat de Phonak Solana voldoet voor verzoeker. Recente informatie van een audioloog of KNO-arts ontbreekt bij de voorliggende stukken. Om in aanmerking te kunnen komen voor een hoortoestel buiten de hoogste categorie (categorie 5) ten laste van de Zvw, moet adequaat, objectief worden aangetoond waarom een verzoeker niet kan volstaan met een hoortoestel uit categorie 5. Uit de voorliggende gegevens is op te maken dat een Phonak Solana voldoet, dus een voldoende adequaat hulpmiddel is voor verzoeker. Naar de ervaring van verzoeker is de Phonak Bolero nog beter, maar indien verzoeker een buitencategorie hoortoestel wil ten laste van de Zvw, zou voldoende en objectief moeten worden onderbouwd, bijvoorbeeld door een audioloog of KNO-arts, waarom een hoortoestel uit categorie 5 niet zou volstaan. Deze onderbouwing ontbreekt bij de voorliggende stukken."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 mei 2016 aan partijen gezonden. Verzoeker is hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De zorgverzekeraar kan ter zitting op voornoemd advies reageren. Verzoeker heeft op 9 mei 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft bij brief van 23 mei 2016 een nadere reactie aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 25 mei 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.10. De zorgverzekeraar is op 22 juni 2016 telefonisch gehoord, en is hierbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

- 3.11. Aangezien verzoeker niet aan de hoorzitting kon deelnemen, is op zijn verzoek een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting ter kennisname naar hem gestuurd. Verzoeker heeft hierop bij brief van 27 juni 2016 schriftelijk gereageerd. De commissie heeft dit voor kennisgeving aangenomen. Een afschrift van de brief van verzoeker is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 23 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 1 juli 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat in de voorliggende en aanvullende informatie niet is onderbouwd dat een goed ingesteld hoortoestel uit categorie 5 niet voldoende adequaat zou zijn voor verzoeker. Een afschrift van dit advies is met het bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft al vele jaren problemen met zijn gehoor en is daarom aangewezen op het gebruik van hoortoestellen. Sinds 1989 heeft hij ook last van oorsuizen. De gehoorproblemen worden voornamelijk veroorzaakt door het verlies van de hoge tonen. Dit zorgt voor een lastig verstaan van het gesproken woord. Mede door het oorsuizen heeft verzoeker in akoestisch lastige omgevingen of met veel achtergrondgeluid problemen om het gesproken woord te verstaan.
- 4.2. Verzoeker heeft in 2014 de Phonak Bolero Q90 SP hoortoestellen geprobeerd, waarbij hij een grote verbetering ondervond ten opzichte van zijn oude hoortoestellen. De zorgverzekeraar heeft de vergoeding hiervan afgewezen. Verzoeker is van mening dat de zorgverzekeraar deze kosten uit coulance had moeten vergoeden. Verzoeker heeft na voornoemde afwijzing de Phonak Solana SP hoortoestellen geprobeerd. Deze hoortoestellen voldoen duidelijk minder dan de afgewezen hoortoestellen. Verzoeker heeft de nota van de Phonak Solana SP hoortoestellen ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. In eerste instantie heeft de zorgverzekeraar gesteld meer informatie nodig te hebben, terwijl verzoeker in 2014 reeds alle benodigde informatie had toegestuurd. Bij brief van 6 november 2015 heeft de zorgverzekeraar alsnog een deel van de kosten vergoed, te weten € 1.477,20 terwijl het notabedrag € 2.462,- was. Volgens de zorgverzekeraar is dit omdat de zorgaanbieder niet door hem is gecontracteerd, en omdat dit zo is geregeld in het ZN Protocol. Verzoeker vindt dit onterecht, omdat de zorgverzekeraar geen enkele band heeft met de zorgaanbieder. Bovendien betaalt verzoeker de hoortoestellen en de dienstverlening, en daarom heeft hij recht op vergoeding van 75 percent van de aanschafprijs van de hoortoestellen.
- 4.3. In zijn brief van 3 oktober 2015 stelt verzoeker dat hij om financiële redenen, en in overleg met de zorgaanbieder, heeft besloten de Phonak Solana SP hoortoestellen aan te schaffen. In zijn brief van 28 november 2015 schrijft hij evenwel dat hij de zorgverzekeraar heeft medegedeeld dat hij na de 'beroepsprocedure' toch graag de Phonak Bolero Q90 SP hoortoestellen wil aanschaffen waarbij hij de meerkosten zelf zal betalen. Voorts merkt hij op dat hij met de zorgaanbieder heeft afgesproken dat hij zowel de Phonak Solana SP hoortoestellen als de Phonak Bolero Q90 SP hoortoestellen langdurig mag proberen, en dat hij eerst na de uitspraak van de commissie een keuze zal maken.
- 4.4. In zijn brief van 18 januari 2016 verklaart verzoeker dat hij toch heeft gekozen voor de Phonak Bolero Q90 SP hoortoestellen. Hij vordert thans vergoeding van 80 percent van de kosten van de twee Phonak Solana SP hoortoestellen. Voor de zorgverzekeraar maakt het financieel gezien geen verschil. Verzoeker begrijpt daarom niet waarom de zorgverzekeraar hiervan een halszaak maakt.
- 4.5. In zijn brief van 8 april 2016 schrijft verzoeker dat het niet correct is dat hij zou hebben toegegeven dat hij niet de Phonak Solana SP hoortoestellen heeft gekocht maar de Phonak Bolero Q90

hoortoestellen. Hij heeft de betreffende medewerkster daarop bij brief van 14 januari 2016 aangesproken, maar hij heeft hierop geen reactie ontvangen.

Verzoeker merkt op dat de rol van de zorgaanbieder bij zijn gehoorproblemen zeer belangrijk is geweest. De zorgaanbieder is de enige leverancier geweest die bereid was hem in 2007 en 2014 meerdere hoortoestellen te laten uitproberen.

- 4.6. Verzoeker heeft bij brief van 9 mei 2016 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Verzoeker merkt op dat zijn gehoorproblemen dusdanig groot zijn dat deze door het beste hoortoestel niet zijn te verhelpen. De Phonak Bolero Q90 SP hoortoestellen zijn op dit moment het beste om het gehoorverlies te beperken. Verzoeker meent daarom aanspraak te hebben op deze hoortoestellen. Verzoeker is in 2007 voor het laatst bij de KNO-arts geweest. De KNO-arts heeft hem destijds voor het aanmeten van hoortoestellen verwezen naar het audiologisch centrum van het Academisch Medisch Centrum. Bij het beschikbaar komen van de vervanger van het destijds aangemeten toestel, heeft verzoeker niet opnieuw om advies van de KNO-arts gevraagd omdat hij dacht dat dit niet nodig was. Als het nodig is, wil verzoeker dit alsnog doen. Verzoeker merkt op dat de zorgaanbieder wél de Phonak Solana SP heeft vergeleken met de Phonak Bolero Q90 SP hoortoestellen. De resultaten hiervan heeft verzoeker reeds eerder overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker is aangewezen op de Phonak Bolero Q90 SP hoortoestellen. Verzoeker neemt aan dat dit voldoende is om de medische noodzaak aan te tonen.
- 4.7. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 23 mei 2016 medegedeeld dat de zorgaanbieder hem onlangs het volgende voorstel heeft gedaan: verzoeker geeft de twee Phonak Solana SP hoortoestellen terug aan de zorgaanbieder, en mag dan de twee Phonak Bolero Q90 SP hoortoestellen behouden voor de prijs van de Phonak Solana SP hoortoestellen. Verzoeker is akkoord gegaan met dit voorstel, en heeft inmiddels de Phonak Solana SP hoortoestellen teruggegeven aan de zorgaanbieder.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Op 1 april 2014 is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de zorgverzekeraar voor een coulancevergoeding voor twee buitencategorie hoortoestellen als vervanging van de bestaande hoortoestellen. Hierbij was gevoegd de prijsopgave van 21 maart 2014 van Oorwerk, een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, betreffende twee buitencategorie hoortoestellen, te weten de Phonak Bolero Q90-SP. Op deze prijsopgave staat vermeld dat verzoeker € 4.062,60 dient te voldoen. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen en zowel verzoeker als de zorgaanbieder hierover geïnformeerd. Op 13 augustus 2014 is namens verzoeker nogmaals verzocht de aanvraag te beoordelen. Op 28 augustus 2014 is deze wederom afgewezen.
- 5.2. Verzoeker heeft op 30 juni 2015 een factuur van Oorwerk voor twee Phonak Solana SP hoortoestellen ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft hierbij de aanbevelingsbrief van Oorwerk gevoegd. In de begeleidende brief schrijft verzoeker dat hij het zich niet kan veroorloven de Phonak Bolero Q90-SP hoortoestellen zonder vergoeding aan te schaffen, en dat hij daarom op advies van de audicien heeft gekozen voor de Phonak Solana SP hoortoestellen. In de bijlagen heeft de zorgverzekeraar de brief van Oorwerk aangetroffen en een proefbon-nr 20109633 van 31 mei 2015, waarop staat vermeld: "*factuur 10017928*" en "*totaal door u te voldoen € 2.462,-*".
- 5.3. Verzoeker heeft op grond van de zorgverzekering aanspraak op hoortoestellen. Aangezien verzoeker zijn hoortoestellen heeft betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij aanspraak op vergoeding van 80 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- 5.4. De zorgverzekeraar heeft de zorgaanbieder verzocht om aanvullende informatie. Na ontvangst van de gevraagde informatie is gebleken dat de indicatie van verzoeker onder categorie 5 valt. Verzoeker komt daarom in aanmerking voor hoortoestellen die in deze categorie vallen. Verzoeker

heeft aanspraak op een vergoeding van € 1.477,20 (tweemaal € 738,60). Naar aanleiding van deze beslissing heeft verzoeker op 17 november 2015 telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft verzoeker tweemaal gezegd dat hij niet de Solana, maar de Bolero hoortoestellen heeft gekocht.

Naar aanleiding van voornoemde verklaring van verzoeker, heeft de zorgverzekeraar op 19 november 2015 bij de zorgaanbieder nagevraagd welke hoortoestellen verzoeker heeft aangeschaft. De zorgaanbieder heeft in eerste instantie verklaard dat dit de Solana's zijn, maar bij doorvragen heeft hij verklaard dat verzoeker beide modellen hoortoestellen heeft gekocht: de Phonak Bolero Q90-SP in september 2014 en de Phonak Solana SP in mei 2015. De zorgaanbieder heeft met verzoeker afgesproken dat als er iets met de hoortoestellen is, of als verzoeker "er niet uitkomt", hij één van beide modellen mag retourneren.

Vervolgens heeft de zorgverzekeraar - eveneens op 19 november 2015 - contact opgenomen met verzoeker waarbij hem het voorgaande is verteld. Verzoeker heeft in reactie hierop verklaard dat hij de Phonak Bolero Q90-SP niet heeft gekocht. De zorgverzekeraar heeft hem erop gewezen dat hij tijdens het telefoongesprek op 17 november 2015 heeft verklaard dat hij de laatstgenoemde toestellen heeft gekocht, waarbij hij heeft vermeld dat hij hiervoor een betalingsregeling was overeengekomen. Volgens verzoeker mag hij van de zorgaanbieder beide type hoortoestellen langdurig gebruiken. De vraag welk model hoortoestellen hij heeft betaald, heeft verzoeker niet beantwoord.

5.5. Het bovenstaande is door de zorgverzekeraar besproken met de afdeling Speciale Zaken. Op 25 november 2015 is aan verzoeker medegedeeld dat door deze afdeling een onderzoek wordt ingesteld.

5.6. Op 1 december 2015 heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker de factuur van de gekozen hoortoestellen opgevraagd, met het verzoek deze uiterlijk 22 december 2015 in te sturen. Ook de zorgaanbieder is verzocht mede te delen welk model hoortoestel door verzoeker is gekozen. De zorgverzekeraar heeft de gevraagde informatie niet ontvangen. Wèl heeft verzoeker nogmaals proefbon-nr 20109633 ingestuurd. In de begeleidende brief heeft verzoeker verklaard dat dit de factuur voor de twee Phonak Solana SP hoortoestellen betreft.

5.7. De zorgverzekeraar handhaaft zijn standpunt. Indien uit het onderzoek van Speciale Zaken blijkt dat sprake is van fraude overeenkomstig artikel 20 van de polisvoorwaarden, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor passende maatregelen te nemen.

5.8. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de afdeling Speciale Zaken actie heeft ondernomen. Verzoeker is uitgenodigd via een aangetekend schrijven uitgenodigd voor een gesprek, maar hij heeft de brief aangenomen. De leverancier wilde ook geen informatie verstrekken, omdat verzoeker dit expliciet aan hem had gevraagd. Daarnaast gevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat destijds wel een vergoeding is verleend. De Solana's zijn betaald, maar de ziektekostenverzekeraar is voornemens dit te gaan terugvorderen.

5.9. 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 algemene voorwaarden 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 verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan het bedrag van € 1.477,20 voor de twee door hem aangeschafte Phonak Solana SP hoortoestellen 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

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

*"U heeft aanspraak op:*

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

*b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;*

*c een eventueel reservehulpmiddel.*

**Voorwaarden voor aanspraak**

*De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.*

*(...)*

**Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier**

*Let op! Schaft u hulpmiddelen aan bij een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.*

*(...)"*

8.4. Artikel 4.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en luidt:

**"Niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen**

*Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener of zorginstelling die wij wél gecontracteerd hebben. Als dat het geval is, vindt u dat in de polisvoorwaarden onder 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' bij de gewenste aanspraak of vergoeding. Wij vergoeden maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief met uitzondering van paramedische zorg, vervoer en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hiervoor geldt een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.*

*U heeft echter wel recht op de vergoeding zoals bij gecontracteerde zorg, als wij onvoldoende zorg hebben ingekocht en de gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling de zorg niet op tijd kan leveren.*

*Wilt u weten hoeveel u vergoed krijgt van kosten van zorg die u heeft gemaakt bij niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen? Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.*

*Geldt er geen lagere vergoeding? Dan heeft u volledige aanspraak op zorg en/of vergoeden wij de kosten van zorg voor 100% tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan krijgt u de kosten vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag."*

8.5. In artikel 4.4.1 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen 2015 is de aanspraak op hoortoestellen geregeld. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

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

*Ja, wettelijk is de eigen bijdrage aan 'de voet' 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.*

*Ook bent u eigen risico verschuldigd."*

8.6. De artikelen 4.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, 4 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering, en 4.4.1 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen 2015 zijn volgens artikel 1.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v Rzv. De aanspraak op hoortoestellen is uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv.

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 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. Uit de stukken blijkt dat verzoeker een indicatie heeft voor hoortoestellen in categorie 5. De aanvankelijk door hem aangevraagde toestellen Phonak Bolero Q90-SP zijn buitencategorie toestellen en - zoals wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut van 29 april 2016 - verzoeker is hiervoor niet geïndiceerd. De oorspronkelijke aanvraag werd dan ook terecht door de zorgverzekeraar afgewezen.

9.2. Naar aanleiding van deze afwijzing heeft verzoeker, naar zijn zeggen, besloten de hoortoestellen Phonak Solana SP aan te schaffen. Door verzoeker is een factuur ingediend en de zorgverzekeraar heeft op basis hiervan € 1.477,60 vergoed. Volgens verzoeker is deze vergoeding te laag vastgesteld.

9.3. Of dit laatste inderdaad het geval is, kan naar het oordeel van het commissie in het midden blijven. Verzoeker heeft namelijk verklaard dat hij zowel de toestellen van het type Phonak Bolero Q90-SP als van het type Phonak Solana SP heeft aangeschaft. Nadien heeft hij zijn verklaring gewijzigd en heeft hij gesteld dat hij van de leverancier beide typen langdurig mag proberen. Uit de brief van 18 januari 2016 valt evenwel op te maken dat hij heeft gekozen voor de toestellen van het type Phonak Bolero Q90-SP. Bij brief van 23 mei 2016 heeft verzoeker bevestigd dat hij de Phonak



Solana SP hoortoestellen heeft teruggegeven aan de zorgaanbieder en dat hij de Phonak Bolero Q90-SP hoortoestellen behoudt.

Zoals onder 9.1 is overwogen heeft verzoeker geen aanspraak op laatstgenoemde toestellen. De zorgverzekering voorziet voorts niet in gedeeltelijke vergoeding van niet-verzekerde zorg of substitutie, in die zin dat kosten van niet-verzekerde zorg moeten worden vergoed tot het bedrag dat aan verzekerde zorg is "uitgespaard". De vergoeding van € 1.477,20 is derhalve ten onrechte verleend.

### **Coulancevergoeding**

- 9.4. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

### **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, 6 juli 2016,

P.J.J. Vonk