



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, bijzondere individuele zorgvraag  
Zaaknummer : 201501990  
Zittingsdatum : 20 april 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onderdeel c en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Sterk afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering OHRA Tandengaaft 250 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 17 april 2015 en 12 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 28 november 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 februari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 april 2016 schriftelijk medegedeeld af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 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 15 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016020558) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor een hoortoestel op grond van artikel 2.10 lid 1 Rzv en dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid heeft geoordeeld dat verzoeker evenmin in aanmerking komt voor een indicatie op grond van artikel 2.10 lid 3 Rzv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 20 april 2016 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 10 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 april 2016 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 verzoeker
- 4.1. De behandelend KNO-arts heeft op 28 april 2015 ten aanzien van verzoeker verklaard: *“Patiënt heeft klachten verminderd gehoor in lawaai. Geen lawaai-expositie. Familie anamnese: slecht horend negatief. Patiënt kan niet goed functioneren in rumoer. (...) Beeld beginnend hoge tonen verlies. Probeert nu de Siemens Pure Binax TM (gehoorapparaat met spraakherkenningstechniek), deze functioneren goed. (...)”*.
- 4.2. Verzoeker is naar een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde audicien gegaan voor het aanmeten van een hoortoestel. Na het proberen van het "standaard" toestel Siemens Pure 3 MI - hetgeen niet goed beviel - is verzoeker direct overgestapt naar de Siemens Pure Binax TM. De audicien heeft verzoeker dit apparaat op basis van zijn kennis en ervaring aanbevolen. De KNO-arts heeft de aanvraag voor het betreffende apparaat onderschreven. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding evenwel af, onder andere op de grond dat dit toestel niet is opgenomen in de landelijke database. Verzoeker vraagt zich af waarom het betreffende toestel hierin niet is opgenomen, aangezien diverse audiciens die hij heeft geraadpleegd het een prima apparaat vinden. Het probleem van verzoeker is niet zozeer het gehoorverlies, maar de verstaanbaarheid in rumoerige situaties. Dit hoortoestel met spraakherkenningstechniek vormt voor hem een adequate oplossing.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat verzoeker volgens de "standaardprocedure" alleen in aanmerking komt voor vergoeding van een hoortoestel indien sprake is van een gehoorverlies aan het beste oor van 35 dB of meer. Het beste oor van verzoeker heeft een gehoorverlies van 20 dB. Dat hij geen aanspraak heeft op een hoortoestel bevreemdt verzoeker, aangezien hij in gezelschap en zeker bij rumoer steeds moet vragen wat er wordt gezegd. Kennelijk bestaat bij hem een bijzondere situatie die met de reguliere metingen niet goed in kaart kan worden gebracht. Bij verzoeker is derhalve sprake van een bijzondere individuele zorgvraag. Hij voldoet aan de betreffende eisen zoals vermeld in de brief van 17 april 2015. Dit standpunt is onderbouwd met de

verklaring van de KNO-arts. Hieruit blijkt dat verzoeker kan worden geholpen met een hoortoestel met spraakherkenningstechniek.

Indien de ziektekostenverzekeraar van mening is dat voor aanspraak op de bepaling betreffende een bijzondere individuele hulpvraag nog aanvullende eisen worden gesteld, had hij zulks uiteen moeten zetten in de voorwaarden van de zorgverzekering.

4.4. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar niet zorgvuldig naar de zaak heeft gekeken. Het Keuzeprotocol heeft hij pas recent gevonden, en dit is niet zo uitgebreid als de ziektekostenverzekeraar stelt. Verzoeker kan hierin niet terugvinden dat hij ten minste twee hoorapparaten uit de standaard categorieën had moeten proberen. Verzoeker is van mening dat hij niet is gehouden aan het protocol. Zulks volgt ook uit het advies van het Zorginstituut.

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

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

5.1. Hoortoestellen komen in aanmerking voor vergoeding indien sprake is van een revalideerbaar oor met een drempelverlies van minstens 35 dB voor het betreffende oor (het gemiddelde van het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz) of ernstig oorsuizen. Verder bestaat aanspraak op vergoeding in geval van een bijzondere individuele zorgvraag. Tot slot geldt dat slechts recht bestaat op een vorm van zorg of een dienst voor zover een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Een en ander is bepaald in artikel 2.1 lid 3 van het Besluit zorgverzekering. Teneinde te komen tot een eenduidige uitleg van deze bepaling, is het zogenoemde Keuzeprotocol Hoorzorg ontwikkeld. Audiciens moeten dit protocol en de "Amsterdamse Vragenlijst (AVL)" hanteren. Met de AVL wordt in kaart gebracht welke beperkingen de verzekerde ervaart in het horen en verstaan. Hierbij wordt rekening gehouden met de specifieke situatie, zoals werkomgeving en sociale omstandigheden. Ook wordt een uitgebreide hoortest uitgevoerd. Op grond hiervan wordt vastgesteld of sprake is van een eenvoudige of complexe zorgvraag.

Er bestaan vijf categorieën hoortoestellen. Bij de eerste categorie gaat het om een relatief eenvoudige zorgvraag, terwijl de vijfde categorie de meest complexe zorgvraag betreft. De verzekerde wordt door de audicien of audioloog op basis van de bevindingen ingedeeld in categorie 1 tot en met 5. Samen met de audicien wordt dan gekozen voor een hoortoestel uit de voorgeschreven categorie.

Als wordt gekozen voor een hoortoestel uit een andere categorie dan waarin de verzekerde is ingedeeld, ontvangt hij in beginsel geen vergoeding. Van deze hoofdregel kan worden afgeweken bij een bijzondere zorgvraag. Hiervan is sprake als objectief kan worden aangetoond dat het niet mogelijk is de verzekerde binnen de beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing. De noodzaak voor een hoortoestel buiten de aangewezen hoortoestellen zal moeten worden gemotiveerd.

5.2. Verzoeker heeft een gehoorverlies van 20 respectievelijk 23 dB, zodat hij niet voldoet aan het criterium dat sprake dient te zijn van een gehoorverlies aan het beste oor van 35 dB of meer. Er bestaat een bijzondere individuele zorgvraag bij een grensgeval (verlies van 25-35 dB op het beste oor), waarbij het spraakverstaan met versterking met meer dan 20 percent kan toenemen, waardoor een goed revalidatie-effect kan worden bereikt. Ook moeten bijzondere omstandigheden aanwezig zijn, zoals een fors gehoorverlies van lage tonen of oorsuizen in combinatie met een gehoorverlies van minstens 25-35 dB beiderzijds.

De gecontracteerde audicien heeft geconstateerd dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden. Hij heeft geen indicatie voor hoortoestellen, zodat niet wordt toegekomen aan de beoordeling van de doelmatigheid van het gekozen hoortoestel.

5.3. De ziektekostenverzekeraar 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 en 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. 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:

*"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.overheid.nl](http://www.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. Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. (...)"*

8.4. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

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

8.5. Het 'Reglement Hulpmiddelen 2015' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

*" (...) Als u denkt recht te hebben op een hulpmiddel dat niet wordt genoemd of op een hulpmiddel wat wel wordt genoemd, maar waarbij u niet aan de bij dat hulpmiddel genoemde voorwaarden voldoet, moet u een akkoordverklaring bij ons aanvragen in verband met een "bijzondere individuele zorgvraag". (...)*

*Elektro-akoestische hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes (...)*

*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*

*Gecontracteerde zorgverlener*

*Akkoordverklaring nodig van ons (...)  
Bij buiten-categorie hoortoestellen (...)*

*Wettelijke eigen bijdrage: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes (...)*

*Het hulpmiddel moet aangemeten zijn conform het geldende ZN Keuzeprotocol Hoorzorg  
Het hulpmiddel moet zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database*

*De zorg omvat niet:  
Vervanging batterijen of accu's en accessoires  
Audiogram mag niet ouder zijn dan 9 maanden (...)"*

8.6. De artikelen A.3.2. en B.17. van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 2.10 Rzv luidt, voor zover hier van belang:

*"1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:  
a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een valideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen; (...)  
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag."*

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst 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 van de indicatie 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 lid 3 Bzv, waarin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een andere dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Tussen partijen is niet in geschil dat bij verzoeker sprake is van een gehoorverlies aan het beste oor van 20 dB, zodat niet is voldaan aan het eerste criterium voor de vergoeding van hoortoestellen. Verder staat vast dat de door verzoeker aangeschafte hoortoestellen niet behoren tot één van de vijf in het indicatieprotocol bedoelde categorieën.

In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de hoortoestellen desalniettemin te vergoeden en wel op de grond dat bij verzoeker sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag als bedoeld in het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar en het onderliggende artikel 2.10 lid 3 Rzv. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Van een bijzondere individuele zorgvraag kan in het algemeen worden gesproken in geval van beperkingen gecombineerd met feiten of omstandigheden, dan wel combinaties daarvan, die niet vaak voorkomen. Bij verzoeker is sprake van een probleem met het spraakverstaan in gezelschap en rumoerige situaties. De commissie is van oordeel dat deze situatie niet dusdanig speciaal is dat kan worden gesproken van een bijzondere individuele zorgvraag. Het beroep dat verzoeker in dit verband heeft gedaan op de brief van 17 april 2015 van de ziektekostenverzekeraar kan hem niet baten. Duidelijk is vermeld dat een aanvraag die vergezeld gaat van een verklaring van de KNO-arts en een opgave van het gewenste hoortoestel door de afdeling Medische Beoordelingen wordt beoordeeld in het kader van de vraag of sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Ook hetgeen door verzoeker in dit verband is aangevoerd, met name ten aanzien van de redactie van de verzekeringsvoorwaarden en met betrekking tot de effectiviteit van het hulpmiddel, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hij heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen, ten laste van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor hoortoestellen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Conclusie**

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

#### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 mei 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester