



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 5 april 2022 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van twee buitencategorie hoortoestellen van het type Phonak Audéo P50-R.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op hulpmiddelenzorg omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Er is een BIG-geregistreerde medisch adviseur betrokken bij de beoordeling van het geschil. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoeker

Verzoeker heeft twee buitencategorie hoortoestellen van het type Phonak Audéo P50-R aangeschaft. Uit de beschikbare informatie is op te maken dat verzoeker op de hoogte was dat hij geen aanspraak kon maken op vergoeding van deze hoortoestellen ten laste van de basisverzekering.

Verweerder heeft het verzoek afgewezen, omdat niet blijkt dat sprake is van een bijzondere zorgvraag die vergoeding ten laste van de basisverzekering rechtvaardigt. Verweerder geeft aan dat bijbetalen niet mogelijk is omdat verzoeker een naturapolis heeft en geen restitutiepolis.

Juridisch kader

In artikel 37 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op hulpmiddelen omschreven met verwijzing naar de Regeling zorgverzekering (Rzv) en het Reglement Hulpmiddelen, behorende bij de zorgverzekering. In het Reglement Hulpmiddelen staan nadere voorwaarden voor het verkrijgen van hulpmiddelen.

Aanspraak op een hoortoestel voor zover van toepassing

Volgens artikel 2.10, eerste lid, onderdeel a, van de Rzv omvatten hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen.



Redelijkerwijs aangewezen zijn op

Volgens artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv), heeft een verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij/zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Een hulpmiddel moet geschikt zijn om de beperkingen/belemmeringen van een verzekerde in aanvaardbare mate te compenseren en dienen de concrete feiten en omstandigheden waarin de individuele verzekerde op het gebruik is aangewezen, richtinggevend te zijn.

Doelmatigheid

Vervolgens is het uitgangspunt dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Hierbij kunnen de kosten in overweging worden genomen. De verstrekking moet niet onnodig duur zijn. Van een onnodig dure voorziening is sprake als in plaats van deze voorziening goedkopere adequate, alternatieve hulpmiddelen voorhanden zijn.

Adequaat hulpmiddel

Een verzekerde heeft ingevolge artikel 2.9, eerste lid, van het Bzv (te allen tijde) recht op een goed functionerend hulpmiddel, passend bij de beperking van de verzekerde (dus adequaat).

Keuzeprotocol Hoorzorg

Er is een Keuzeprotocol Hoorzorg ontwikkeld om artikel 2.1, derde lid, van het Bzv toe te passen op de hoorzorg.¹ Een verzekerde krijgt door toepassing van dit landelijke geldende protocol in principe datgene waarop hij/zij redelijkerwijs is aangewezen.

Het Keuzeprotocol hoorzorg bestaat in beginsel, samengevat, uit de volgende stappen:

- een uitgebreide hoortest,
- een uitgebreide vragenlijst (zogenoeten 'Amsterdamse vragenlijst', om te achterhalen welke beperkingen de patiënt ervaart in het horen en verstaan en wat de belangrijke (luister)situaties zijn waar verbetering moet komen),
- bepaling van de zorgvraag door de audicien/audioloog, op basis van de uitslag van de gehoortest en vragenlijst, en
- keuze voor een hoortoestel uit de categorie die bij de zorgvraag past.

Er is een landelijke hoortoestellendatabase ontwikkeld, waarin de hoortoestellen opgenomen zijn die voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.² Er zijn vijf categorieën waarin de hoortoestellen zijn ingedeeld. Deze indeling is gebaseerd op de zorgvraag en de complexiteit van het gehoorprobleem. Categorie 5 betreft hoortoestellen met een gehooroplossing voor de meest complexe gehoorproblemen (zwaar gehoorverlies). De indeling van deze hoortoestellen in de vijf categorieën is gedaan door onafhankelijke audiciens, audiologen en wetenschappers. Hoortoestellen die niet in deze database zijn opgenomen worden in de praktijk ook wel 'buitencategorie', 'vrije markt' of 'categorie 6' hoortoestellen genoemd.

Hoortoestellen die niet zijn opgenomen in de hoortoestellendatabase, zijn niet per se kwalitatief beter dan hoortoestellen binnen de database. Financiële en/of

¹ Vanuit Zorgverzekeraars Nederland in samenwerking met onder meer audiciens en de patiëntenvereniging NVVS (tegenwoordig Stichting Hoormij/ Hoormij.NVVS).

² Idem.



commerciële overwegingen kunnen bijvoorbeeld meespelen voor een fabrikant om hoortoestellen wel of niet voor opname in de database aan te bieden. Daarnaast kunnen audiciens bijvoorbeeld een voorkeur hebben voor een specifiek assortiment, waarin niet alle merken hoortoestellen (dus ook niet alle hoortoestellen binnen de database) zijn opgenomen.

De hoortoestellendatabase bevat ruim 1400 hoortoestellen³ en is niet statisch: ook nieuw ontwikkelde hoortoestellen worden aan deze database toegevoegd. Het Zorginstituut heeft geen inzicht in de hoortoestellendatabase.

Over het algemeen komt een verzekerde uit met een hoortoestel uit de database, passend bij de categorie waarin hij/zij is ingedeeld. Als dit niet het geval is, kan een buitencategorie hoortoestel toch worden vergoed ten laste van de basisverzekering als sprake is van een bijzondere zorgvraag. Bij de aanvraag voor een buitencategorie hoortoestel moet gedegen onderbouwd zijn waarom een verzekerde, op grond van zijn of haar gehoorverlies, niet uitkomt met de hoortoestellen uit de database (doorgaans wordt dit onderbouwd door een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum).⁴ Daarnaast moeten doorgaans twee hoortoestellen uit de database zijn uitgeprobeerd. Alle gecontracteerde/StAr-gecertificeerde audiciens zijn van deze procedure c.q. het protocol op de hoogte en dienen dit ook met hun cliënten/verzekerden te bespreken, zodat deze een goed geïnformeerde keuze kan maken.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Blijkens de bij het dossier gevoegde aanpasbonnen heeft verzoeker vrije markt hoortoestellen, Phonak Audéo P50-R (oplaadbaar), respectievelijk categorie 4 hoortoestellen, AudioNova DX 50 R 312, uitgeprobeerd. De keuze viel op de Phonak Audéo P50-R hoortoestellen. Verzoeker geeft aan dat deze hem het beste bevielen.

Nu bij de aanvraag voor vergoeding van het vrije markt hoortoestel geen medisch-inhoudelijke onderbouwing is waarom verzoeker, op grond van zijn gehoorverlies, niet uitkomt met een hoortoestel binnen de database, kan niet worden vastgesteld dat er sprake is van een bijzondere zorgvraag op grond waarvan verzoeker aangewezen zou zijn op Phonak Audéo P50-R hoortoestellen.

Zoals hierboven reeds is uitgelegd, is de adviestaak van het Zorginstituut beperkt tot twee vragen. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. De vraag of verzoeker kan bijbetalen voor zijn hoortoestellen, ligt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Conclusie

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van een bijzondere zorgvraag op grond waarvan verzoeker aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van de twee Phonak Audéo P50-R hoortoestellen.

³ www.stichtinghoormij.nl/items/nl-nl/nieuws/voor-iedereen/wanneer-krijg-je-je-hoortoestel-vergoed, geraadpleegd november 2021

⁴ Zorgverzekeraars kunnen hierover in hun polis nadere voorwaarden aan geven en/of hierover afspraken maken met leveranciers/audiciens, om indien nodig verzekerden hiervoor door te verwijzen.



Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de twee buitencategorie hoortoestellen van het type Phonak Audéo P50-R ten laste van de basisverzekering.