



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 22 april 2022 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van twee hoortoestellen van het type Amplifon Ampli-Energy R5.

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 artikel 37 van 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 verzoekster 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 verzoekster 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 verzoekster**

Verzoekster merkte dat haar gehoor achteruit ging en heeft dit laten controleren bij een audicien. Zij werd verwezen naar een KNO-arts en op basis van het onderzoek ging zij verder bij de audicien. Verzoekster geeft aan dat er uiteindelijk twee opties waren, de GN Resound ENYA 3 62 of de Amplifon Ampli-Energy R5. Gelet op haar leeftijd en leefomstandigheden koos zij voor de Amplifon Ampli-Energy R5 hoortoestellen.

Verzoekster geeft aan dat volgens de audicien er geen vergoeding vanuit de basisverzekering mogelijk was. Dit zou te maken zou hebben met de naturaverzekering in plaats van restitutie. Verzoekster geeft aan zij meerdere malen contact heeft gehad met de verweerder waarbij medewerkers volgens verzoekster hebben aangegeven dat de nota alsnog door verweerder zou worden voldaan.

Verweerder heeft het verzoek afgewezen, omdat niet blijkt dat sprake is van een bijzondere zorgvraag. Verweerder geeft aan dat, als er een toezegging zou zijn gedaan of er verkeerde informatie is verstrekt, dit heeft plaatsgevonden na aanschaf van de hoortoestellen door verzoekster. Eventuele onjuist verstrekte informatie of toezeggingen hebben daarom niet geleid tot de kosten die verzoekster heeft gemaakt.



## **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.<sup>1</sup> 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.

---

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



Er is een landelijke hoortoestellendatabase ontwikkeld, waarin de hoortoestellen opgenomen zijn die voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.<sup>2</sup> 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 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 hoortoestellen<sup>3</sup> 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).<sup>4</sup> 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.

De KNO-arts geeft op de audiogram van juni 2021 het volgende aan: 'Gaarne aanmeten hoortoestel ADS' (d.w.z. voor het rechter en linkeroor). Nadere specificatie over het type hoortoestel is door de KNO-arts niet gegeven.

De door verzoekster aangeschafte Amplifon Ampli-Energy R5 hoortoestellen zijn blijkens de voorliggende informatie niet in de hoortoestellendatabase opgenomen, maar zijn 'vrije markt' hoortoestellen (ook wel 'buitencategorie' hoortoestellen genoemd). Om in aanmerking te komen voor een hoortoestel vanuit de basisverzekering moet het Keuzeprotocol Hoorzorg worden gevolgd.

---

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> [www.stichtinghoormij.nl/items/nl-nl/nieuws/voor-iedereen/wanneer-krijg-je-je-hoortoestel-vergoed](http://www.stichtinghoormij.nl/items/nl-nl/nieuws/voor-iedereen/wanneer-krijg-je-je-hoortoestel-vergoed), geraadpleegd november 2021

<sup>4</sup> 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.



Buitencategorie hoortoestellen worden alleen in uitzonderlijke situaties verstrekt, waarbij eerst ten minste twee hoortoestellen uit de database uitgeprobeerd moeten zijn en waarbij moet zijn gebleken dat de verzekerde hier niet mee uitkomt. De aanvraag voor buitencategorie hoortoestellen moet gedegen onderbouwd zijn door de zorgverlener (volgens de informatie van de zorgverzekeraar van verzoekster betreft dit de audioloog in het Audiologisch Centrum).

Een aanvraag door het Audiologisch Centrum en een onderbouwing voor een 'bijzonder zorgvraag' ontbreekt bij de voorliggende stukken. De conclusie is dan ook, dat niet is gebleken dat verzoekster een indicatie heeft voor hoortoestellen buiten de hoortoestellendatabase.

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 verzoekster op deze zorg is aangewezen. Of vergoeding plaats moet vinden omdat er kosten zijn gemaakt door onjuiste informatie / toezegging(en), valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

#### **Het advies**

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

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de buitencategorie hoortoestellen ten laste van de basisverzekering.