

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400741

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht en brief van 12 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 9 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 10 september 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024030915) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten doen. Dit omdat uit de overgelegde informatie niet duidelijk is op te maken hoe de klinisch fysicus-audioloog voor verzoeker tot de keuze voor hoortoestellen uit categorie 5 is gekomen. Ook is niet duidelijk of de buitencategorie hoortoestellen wat betreft eigenschappen vergelijkbaar zijn met categorie 5 hoortoestellen. Voorts ontbreekt nadere informatie van de klinisch fysicus-audioloog.
- 1.4. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is, eveneens op 10 september 2024, aan partijen gezonden. De commissie heeft verzoeker in de begeleidende brief gevraagd de nadere stukken, zoals benoemd in het advies van het Zorginstituut van 10 september 2024, aan te leveren. Verzoeker heeft bij brief van 18 september 2024 op het advies van het Zorginstituut gereageerd en een verklaring van 13 september 2024 van de klinisch fysicus-audioloog overgelegd. Afschriften hiervan zijn op 19 september 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 1.5. De brief van verzoeker van 18 september 2024 en de verklaring van de klinisch fysicus-audioloog van 13 september 2024 zijn op 24 oktober 2024 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen, ditmaal met inachtneming van hetgeen door verzoeker is ingebracht. Bij brief van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 januari 2025 aan partijen gezonden.

- 1.6. Bij brief van 24 januari 2025 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie uitgebreid. Een kopie hiervan is op 27 januari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.7. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.8. De reactie van verzoeker van 24 januari 2025 en de aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 februari 2025 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 9 januari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 11 februari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit, ONVZ Wereldfit, en ONVZ Tandfit module C (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft op 4 maart 2024 twee hoortoestellen van het merk Starkey, type Evolv AI 2400 RIC R, aangeschaft (2 x € 2.100,-) alsmede een oplader, reinigingsdoekjes en batterijen. De audicien van verzoeker heeft bij brief van eveneens 4 maart 2024 de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van de betreffende hoortoestellen te vergoeden tot het bedrag van hoortoestellen in de geïndiceerde categorie 5. Hierbij gaat het om een bedrag van totaal € 1.040,20.
 Bij e-mailbericht van 7 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de ontvangst van de aanvraag bevestigd en verzocht om toezending van de ingevulde Amsterdamse Vragenlijst en een verklaring van de audicien dat ten minste twee typen hoortoestellen van de geïndiceerde categorie uit de database zijn geprobeerd. Eveneens bij e-mailbericht van 7 maart 2024 heeft de behandelend audicien geantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft, in reactie hierop, bij e-mailbericht van 8 maart 2024 zijn verzoek om toezending van eerder genoemde stukken herhaald. De behandelend audicien heeft, eveneens op 8 maart 2024, per e-mail verklaard dat vergoeding wordt gevraagd op basis van hoortoestellen categorie 5. Bij e-mailbericht van 12 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord, onder handhaving van zijn standpunt en met verwijzing naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Naar aanleiding hiervan heeft de behandelend audicien het ingenomen standpunt nader toegelicht, waarbij door haar is vermeld dat dit probleem zich vaker voordoet en dat tevens sprake is van een geschil tussen de niet-gecontracteerde audicien en de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 18 maart 2024 gereageerd, onder verwijzing naar het Hoorprotocol, en met handhaving van zijn standpunt. Nadat verzoeker zich tot de SKGZ had gewend, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld, hetgeen niet heeft geleid tot een oplossing.
- 2.3. Bij brief van 10 september 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.4. Bij brief van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen van het merk Starkey, type AI 2400 Evolo AI 2400 RIC R, moet vergoeden op basis van 75% van het bedrag dat twee hoortoestellen uit de

geïndiceerde categorie 5 kosten. Daarnaast vordert verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een bedrag van totaal € 2.224,- ter zake van de kosten van rechtsbijstand.

- 3.2. In zijn brief van 29 maart 2024 heeft verzoeker toegelicht dat hij op basis van het NOAH-protocol is verwezen naar een audiologisch centrum. Daar heeft een klinisch fysisch-audioloog een indicatie gesteld voor hoortoestellen categorie 5. Uit het gestelde op bladzijde 1 van het Hoorprotocol volgt dat de audicien de categoriekeuze alleen bepaalt als dit nog niet door een audiologisch centrum is gedaan. In dat verband komt dan de Amsterdamse Vragenlijst aan de orde. In dit geval is het invullen daarvan zinledig. Bovendien dreigt het risico van discussie tussen zorgprofessionals, indien de audicien tot een andere categorie komt dan de behandelaar van het audiologisch centrum. Verder heeft verzoeker erop gewezen dat de zorgverzekering een restitutiepolis is, en dat hij, gelet op het gestelde op bladzijde 318 van de voorwaarden van de zorgverzekering, zelf de keuze mag maken voor een buitencategorie hoortoestel. Zo staat het ook op de website van de ziektekostenverzekeraar en is het bevestigd in een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar aan de behandelend audicien van 15 juni 2021. Verder voert verzoeker aan dat de ziektekostenverzekeraar in een soortgelijke situatie wél een dergelijke substitutievergoeding heeft verleend. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker de desbetreffende e-mailcorrespondentie overgelegd. Verzoeker benadrukt dat bij hem geen sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Hij vraagt dan ook geen volledige vergoeding, maar vergoeding op basis van 75% van de kosten van een hoortoestel in de geïndiceerde categorie, hetgeen neerkomt op een bedrag van totaal € 1.040,22.
- 3.3. Verzoeker heeft in zijn brief van 12 juli 2024, gericht aan de commissie, zijn stellingen ten aanzien van het Hoorprotocol en de Amsterdamse Vragenlijst herhaald. Hij heeft opgemerkt dat in dit geval het audiologisch centrum verantwoordelijk is voor de indicatiestelling en de categoriekeuze. Hierbij is de specifieke problematiek van verzoeker besproken. De ziektekostenverzekeraar miskent deze verdeling van verantwoordelijkheden door de audicien te vragen om de ingevulde Amsterdamse Vragenlijst. Bij het audiologisch centrum is dit stuk overigens niet aanwezig, omdat hiervan door de KNO-arts of klinisch fysisch-audioloog geen gebruik wordt gemaakt. Door nadere voorwaarden te stellen beperkt de ziektekostenverzekeraar de wettelijke aanspraak op hoorhulpmiddelen. Uit het advies van het Zorginstituut in zaak SKGZ202201406 blijkt dat het bijbetalen voor buitencategorie hoortoestellen niet wettelijk is beperkt. Verzoeker verwijst in dit verband nogmaals naar de verzekeringsvoorwaarden, de tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar, en de mailwisseling uit 2021 met de behandelend audicien. Op basis hiervan mocht hij aannemen dat bijbetaling mogelijk is. Zo nodig doet verzoeker een beroep op het vertrouwensbeginsel. Verzoeker constateert verder dat de ziektekostenverzekeraar niet inhoudelijk heeft gereageerd op de overgelegde mailcorrespondentie in een vergelijkbare zaak. Ook in die zaak was sprake van de aanschaf van buitencategorie hoortoestellen, zonder dat het een bijzondere individuele zorgvraag betrof. In dat geval werd substitutie wel toegestaan. Verzoeker concludeert dat de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen ongelijk behandelt.
- 3.4. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 10 september 2024 tekent verzoeker aan dat het Zorginstituut terecht opmerkt dat per abuis is verwezen naar een onjuiste versie van het Protocol Hoorzorg. Dit maakt de conclusie echter niet anders. In de meest recente versie van het Hoorprotocol staat vermeld dat dit niet van toepassing is op volwassenen die volgens de indicaties van de vigerende Veldnorm en bijbehorend NOAH-protocol verwezen moeten worden naar een audiologisch centrum. Het staat vast dat verzoeker op basis van het NOAH-protocol naar het audiologisch centrum is verwezen. Het moge duidelijk zijn dat het Hoorprotocol daarom niet van toepassing is. Dit betekent ook dat de Amsterdamse Vragenlijst, als onderdeel van het Hoorprotocol, in casu toepassing mist. Verder concludeert het Zorginstituut in het voorlopig advies van 10 september 2024 dat de onderbouwing van de klinisch fysioloog-audioloog summier is. Hiermee miskent het Zorginstituut echter de afspraken over de rol van het audiologisch centrum in de hoorzorg. Verzoeker verwijst in dit kader naar het rapport "Functioneren van het Protocol Hoorzorg" van Stichting PACT

van 3 maart 2015. Dit rapport is opgesteld in opdracht van het Zorginstituut en beschrijft de verdeling van verantwoordelijkheden. Uit de tekst op pagina 9 van het rapport blijkt dat de klinisch fysicus-audioloog het prerogatief heeft om een functiegericht advies te geven op basis van eigen richtlijnen en een professioneel oordeel. Met andere woorden: als is voldaan aan de indicatievoorwaarden (mate van gehoorverlies) en de klinisch fysicus-audioloog een hoortoestel uit categorie 1 tot en met 5 (i.e. een geclassificeerd toestel) voorschrijft, dan is dat voldoende om te concluderen dat de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op het hoortoestel. Een nadere onderbouwing is dan niet vereist.

- 3.5. Verder merkt verzoeker op dat het Zorginstituut alleen bevoegd is te adviseren over het recht op vergoeding bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Het Zorginstituut komt echter tot de conclusie dat het de ziektekostenverzekeraar niet vrij stond in het geval van verzoeker een Amsterdamse Vragenlijst bij de aanvraag te verlangen, maar vult deze bepaling uit de verzekeringsvoorwaarden vervolgens zélf aan door te oordelen wat dan wel dient te worden aangeleverd. Ook stelt het Zorginstituut dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar een "complete aanvraag" te verlangen voor hem te volgen is. Naar burgerlijk recht zou de bepaling over de Amsterdamse Vragenlijst in de verzekeringsvoorwaarden echter een nietige bepaling zijn; in het bestuursrecht zou sprake zijn van een onverbindende bepaling. Het Zorginstituut dient niet te adviseren over aanvulling van een nietige of onverbindende bepaling in de verzekeringsvoorwaarden, maar slechts over de vraag of op grond van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald recht bestaat op vergoeding. Overigens geldt dat een nietige bepaling alleen kan worden aangevuld voor zover de overeenkomst daar zelf in voorziet. Dit is bij de verzekeringsvoorwaarden niet het geval. Verzoeker komt daarom tot de vaststelling dat het Zorginstituut ten onrechte concludeert dat geen sprake is van een "complete aanvraag" en dat het Zorginstituut ten onrechte de nietige of onverbindende bepaling over de Amsterdamse Vragenlijst aanvult.
- 3.6. Bij brief van 24 januari 2025 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie uitgebreid, in die zin dat hij de commissie tevens verzoekt te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van rechtsbijstand te vergoeden. Het gaat hierbij om een bedrag van totaal € 2.224,- en dit heeft uitsluitend betrekking op de kosten die zijn gemaakt voor de onderhavige procedure. Op grond van artikel 21 van het reglement van de commissie wordt als uitgangspunt gehanteerd dat elke partij in beginsel zijn eigen kosten draagt. Verzoeker stelt dat in de onderhavige situatie hierop een uitzondering moet worden gemaakt. Dit omdat hij eerst op een laagdrempelige manier heeft getracht met de ziektekostenverzekeraar tot een vergelijk te komen, echter zonder succes. Het inschakelen van rechtsbijstand is in de gegeven omstandigheden redelijk. Ook de hoogte van de juridische kosten is redelijk. Het in rekening gebrachte uurtarief (€ 139,- incl. BTW) is niet te hoog en het aantal in rekening gebrachte uren is, gelet op de complexiteit van het dossier, beperkt. Verzoeker concludeert dat aldus is voldaan aan de dubbele redelijkheidstoets uit artikel 6:96, tweede lid, onderdeel c, van het Burgerlijk Wetboek. In dit kader merkt verzoeker op dat rechtelijke instanties waarbij procesvertegenwoordiging niet verplicht is een minder strenge toets lijken te hanteren dan de commissie. Zo zal de kantonrechter bij toepassing van voornoemd artikel 6:96, tweede lid, onderdeel c, BW of de bestuursrechter waar het gaat om artikel 8:75 Algemene wet bestuursrecht niet snel tot het oordeel komen dat het inroepen van rechtsbijstand niet redelijk is. Verzoeker vraagt de commissie dan ook dit onderdeel van zijn verzoek langs dezelfde maatstaven te meten.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald en gesteld dat de ziektekostenverzekeraar tijdens de procedure steeds wisselende redenen heeft aangevoerd om te onderbouwen waarom door hem geen vergoeding wordt toegekend. Ook weigert de ziektekostenverzekeraar in te gaan op de stelling van verzoeker dat andere verzekerden in een soortgelijke situatie wél aanspraak konden maken op een substitutievergoeding. Verzoeker stelt dan ook dat hij ten opzichte van die andere verzekerden ongelijk wordt behandeld. De voorwaarden die de ziektekostenverzekeraar hanteert, zoals bijvoorbeeld dat eerst twee hoortoestellen moeten zijn geprobeerd, staan noch vermeld in de verzekeringsvoorwaarden noch in de tekst op de website.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden, verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de door hem aangeschafte hoortoestellen. Om hiervoor in aanmerking te komen, moeten de vier stappen van het actuele Hoorprotocol worden doorlopen. Hiertoe behoort het invullen en overleggen van de Amsterdamse Vragenlijst. Voorts dienen twee verschillende hoortoestellen van de geïndiceerde categorie daadwerkelijk zijn geprobeerd om te bezien of hiermee kan worden uitgekomen. Zo niet, dan moet komen vast te staan dat het andere, duurdere hoortoestel ten minste over dezelfde functionaliteiten beschikt als het geïndiceerde toestel uit de database, waarbij het buitencategorie hoortoestel ook adequaat dient te zijn voor betrokkene. Dit laatste moet proefondervindelijk worden vastgesteld. In het geval van verzoeker is aan de voorwaarden niet voldaan. Gelet op het bepaalde op bladzijde 318 van de verzekeringsvoorwaarden moet een aanvraag worden ingediend, voorzien van een voorschrift, een recent toon- en spraakaudiogram, een ingevulde vragenlijst, een tevredenheidsverklaring, en een offerte van de leverancier. Volgens de ziektekostenverzekeraar worden hiermee geen onredelijke eisen gesteld. Aan de hand van de vragenlijst kan verzoeker verduidelijken wanneer en welke problemen hij ervaart. Deze informatie zal in het bezit zijn van de audicien of de behandelend klinisch fysisch audioloog.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 9 augustus 2024, gericht aan de commissie, benadrukt dat uit het dossier blijkt dat het Hoorprotocol niet volledig is gevolgd. In het bijzonder blijkt niet dat een hoortoestel uit de database is geprobeerd. Daardoor kan de ziektekostenverzekeraar niet met zekerheid vaststellen dat aan verzoeker een hoortoestel uit de buitencategorie is geleverd, dat is aan te merken als een adequaat hoortoestel met ten minste dezelfde werking/effectiviteit als een adequaat gebleken hoortoestel uit categorie 5. Daarnaast is de ingediende aanvraag niet compleet. De zorgvraag wordt niet alleen op basis van objectieve (medische) gegevens vastgesteld. Het is ook van belang dat verzoeker zelf de ruimte krijgt te verduidelijken wanneer en welke problemen hij met zijn gehoor ervaart. Een en ander volgt ook uit het Hoorprotocol. Deze (subjectieve) informatie kan worden verkregen aan de hand van de ingevulde vragenlijst. Hiermee kan de aanvraag compleet worden gemaakt.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de mogelijkheid voor een zorgverzekeraar om een substitutievergoeding voor hoortoestellen te verlenen niet in de Zorgverzekeringswet of andere wetten is geregeld. Dit betekent dat het toekennen hiervan behoort tot de beleidsvrijheid van de zorgverzekeraar en dat het de zorgverzekeraar daarom vrij staat om aan een substitutievergoeding voorwaarden te verbinden. Ten aanzien van de vergoeding van hoortoestellen heeft de ziektekostenverzekeraar er de voorwaarde aan verbonden dat het Hoorprotocol moet zijn gevolgd. Alleen als het Hoorprotocol is gevolgd kan worden beoordeeld in welke categorie een verzekerde is ingedeeld en op welk type hoortoestel betrokkene redelijkerwijs is aangewezen. Dit laatste is ook gedaan om aan een verzekerde de meest adequate en doelmatige oplossing te vergoeden. In de situatie van verzoeker was lange tijd onduidelijk in welke categorie hij was ingedeeld. Pas na het nader voorlopig advies van het Zorginstituut was duidelijk dat verzoeker was aangewezen op een hoortoestel uit categorie 5. Binnen deze categorie bestaan echter uiteenlopende hoortoestellen. Het is de bedoeling dat het hoortoestel uit de buitencategorie qua eigenschappen en functionaliteiten vergelijkbaar is met het hoortoestel uit de geïndiceerde categorie. Om dit laatste te controleren is aan verzoeker meegedeeld dat hij eerst twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie moet uitproberen. Voorts geldt dat verzoeker de betreffende hoortoestellen inmiddels heeft aangeschaft zodat eveneens niet is voldaan aan het toestemmingsvereiste. Verzoeker had immers voor de aanschaf van de hoortoestellen bij de ziektekostenverzekeraar een complete aanvraag moeten indienen en in vervolg hierop toestemming moeten verkrijgen. Hieraan wordt door verzoeker evenmin voldaan.

Voor zover verzoeker tevens vergoeding vordert van de kosten van de door hem ingeschakelde rechtsbijstand, geldt dat de ziektekostenverzekeraar betwist dat in het onderhavige geschil het nodig was zich te laten bijstaan door een rechtskundige.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 10 september 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"In geval van verzoeker is op te maken dat de bij de voorliggende stukken aanwezige informatie vanuit het audiologisch centrum zeer summier is. Er is enkel een brief van 8 november 2023 aanwezig, waarin de klinisch fysisch-audioloog adviseert voor een categorie 5 hoortoestel. Ook geeft de klinisch fysisch-audioloog aan na acht weken contact op te nemen met verzekerde voor een eerste telefonische evaluatie, waarin besproken wordt hoe de proef verloopt, wanneer en of er een controle bij het audiologisch centrum nodig is. Ook ontvangt de klinisch fysisch-audioloog een kort verslag van de hoortoestelproef over welke hoortoestellen zijn geprobeerd, wat de ervaringen zijn en hoe het spraakverstaan is met de nieuwe hoortoestellen. Deze bevindingen kan verzoeker mailen naar een mailadres van de audicien van het audiologisch centrum/universitair medisch centrum. Verder geeft de klinisch fysisch-audioloog aan dat er nog een MRI scan gemaakt wordt, dat de proef met hoortoestellen wel gewoon gestart kan worden en dat voor het rechteroor rekening gehouden moet worden met reserve wat betreft versterking.

Hieruit kan opgemaakt worden dat de klinisch fysisch-audioloog over meer informatie beschikt dan dat in de brief wordt vermeld, en dat er (een) proefpassing(en) gedaan is/zijn.

Hoe de klinisch fysisch-audioloog tot de keuze voor hoortoestellen uit categorie 5 gekomen is, en of het door verzoeker gewenste buitencategorie hoortoestel daadwerkelijk dezelfde eigenschappen heeft als een categorie 5 hoortoestel, is echter uit de voorliggende informatie niet duidelijk.

Andere correspondentie vanuit het audiologisch centrum, waaronder ook bijvoorbeeld informatie over anamnese en het door de klinisch fysisch-audioloog vastgestelde (pre) HRIU profiel, ontbreekt bij de voorliggende stukken.

Dat verweerder, blijkens de brieven van 5 juni 2024 en 9 augustus 2024, en uitgaande van de polisvoorwaarden, om een complete aanvraag verzoekt is dan ook te volgen. In plaats van de Hoorvragenlijst kan de aanvraag ook compleet gemaakt worden met bovenvermelde informatie van de klinisch fysisch-audioloog.

Substitutievergoeding

Verzoeker geeft in het dossier aan dat hij bereid is vrijwillig bij te betalen voor de meerprijs van de door hem aangeschafte buitencategorie hoortoestellen. Zoals gemachtigde opmerkt, heeft het Zorginstituut met betrekking tot de substitutievergoeding in het verleden aangegeven dat het bijbetalen voor 'vrije markt' hoortoestellen wettelijk gezien inderdaad niet verboden is.

Dit betekent dat zorgverzekeraars ervoor kunnen kiezen om verzekerden te laten bijbetalen en de vergoeding te beperken tot het 'passende deel'. De mogelijkheid om bij te laten betalen is echter niet verplicht. Zorgverzekeraars kunnen er dus ook voor kiezen geen vergoeding te verlenen voor een hoortoestel met extra faciliteiten als een verzekerde daarop redelijkerwijs niet is aangewezen. Of verweerder in dit geval een substitutievergoeding kan/moet geven, is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen. Wel merkt het Zorginstituut op dat uit de polisvoorwaarden van verweerder blijkt dat de vergoeding voor een hoortoestel uit een hogere categorie is beperkt tot 75% en dat de verzekerde het meerdere zelf kan bijbetalen.

Conclusie

Uit het huidige dossier kan geconcludeerd worden dat het voorschrift van de klinisch fysisch-audioloog leidend is, als een verzekerde op grond van het NOAH-protocol naar het audiologisch

centrum is verwezen en de klinisch fysicus-audioloog op basis van de voor het AC vigerende richtlijnen de categoriekeuze heeft bepaald.

Op grond van de voorliggende informatie is niet duidelijk op te maken hoe de klinisch fysicus-audioloog voor verzoeker tot de keuze voor hoortoestellen uit categorie 5 is gekomen. Ook is niet duidelijk of de buitencategorie hoortoestellen wat betreft eigenschappen vergelijkbaar zijn met categorie 5 hoortoestellen. Bij de voorliggende stukken ontbreekt nadere informatie van de klinisch fysicus-audioloog.

De adviesbevoegdheid van het Zorginstituut strekt zich niet uit tot de vraag of verweerder een substitutievergoeding dient toe te kennen. Wel is uit de polisvoorwaarden van verweerder af te leiden dat de vergoeding voor een hoortoestel uit een hogere categorie is beperkt tot 75% en dat de verzekerde het meerdere zelf kan bijbetalen.

Advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren wat betreft de ontbrekende informatie van het audiologisch centrum."

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"In het voorlopig advies gaf het Zorginstituut aan dat het voorschrift van de klinisch fysicus-audioloog leidend is, als een verzekerde op grond van het NOAH-protocol naar het Audiologisch Centrum is verwezen en de klinisch fysicus-audioloog op basis van de voor het Audiologisch Centrum vigerende richtlijnen de categoriekeuze heeft bepaald. De op dat moment beschikbare informatie was summier waardoor niet duidelijk op te maken was hoe de klinisch fysicus-audioloog voor verzoeker tot de keuze voor hoortoestellen uit categorie 5 is gekomen. Ook was niet duidelijk of de door verzoeker gewenste buitencategorie hoortoestellen wat betreft eigenschappen vergelijkbaar zijn met categorie 5 hoortoestellen. Om die reden adviseerde het Zorginstituut om nader onderzoek te laten uitvoeren.

Naar aanleiding van dit nader onderzoek heeft het Zorginstituut aanvullende informatie ontvangen. Er is een brief van 13 september 2024 van de klinisch fysicus-audioloog aangeleverd.

In deze brief verduidelijkt de klinisch fysicus-audioloog waar het advies voor een categorie 5 hoortoestel op is gebaseerd, namelijk:

- De vragenlijst van het LUMC naar de ervaren beperkingen in het luisteren (o.a. veel belemmeringen voor detectie van zachte geluiden en voor spraakverstaan in rumoer);
- De door verzoeker omschreven zorgvraag;
- De anamnese, o.a. ook die van de KNO-arts zoals beschreven in het LUMC-dossier;
- Het intakegesprek van de klinisch fysicus-audioloog met verzoeker.

De klinisch fysicus-audioloog schrijft dat het audiogram aanvullend laat zien dat sprake is van een gehoorverlies dat snel groter wordt binnen een klein frequentiebereik. De klinisch fysicus-audioloog geeft aan dat dan ook zonder meer een categorie 5 hoortoestel nodig is met voldoende aanpasbanden en lawaaionderdrukking.

Verder geeft de klinisch fysicus-audioloog aan dat hij het door verzoeker gewenste buitencategorie hoortoestel heeft vergeleken met een categorie 5 hoortoestel uit dezelfde Starkey serie. De klinisch fysicus-audioloog concludeert dat deze vergelijkbare, en op sommige punten zelfs betere, eigenschappen heeft dan het categorie 5 hoortoestel.

Op basis van deze aanvullende informatie kan worden opgemaakt dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een categorie 5 hoortoestel.

Met betrekking tot de door gemachtigde aangevoerde punten kan het Zorginstituut hier, met inachtneming van zijn adviestaak, het volgende over opmerken.

Zoals ook volgt uit het juridisch kader in het voorlopig advies, is het Hoorprotocol inderdaad niet bedoeld voor gebruik bij kinderen en evenmin voor een deel van de volwassenen die volgens de indicaties van de vigerende Veldnorm en bijbehorend NOAH-protocol verwezen moeten worden naar een Audiologisch Centrum. Voor deze cliënten die zijn verwezen naar een Audiologisch Centrum heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF) in samenwerking met de NVKNO aparte richtlijnen opgesteld.

Met verwijzing naar het rapport 'Functioneren van het Protocol Hoorzorg' van Stichting PACT dat in opdracht van het Zorginstituut in 2015 is uitgebracht, geeft de gemachtigde aan dat klinisch fysisch-audiologen op basis van hun eigen richtlijnen en professioneel oordeel een functiegericht advies kunnen geven en dat dit advies zonder consequenties kan worden opgevolgd door de audiciens. Op basis hiervan stelt de gemachtigde dat onderbouwing van de klinisch fysisch-audioloog niet is vereist voor indicatie voor zorg. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat het feit dat het op basis van eigen richtlijnen is en op basis van het professioneel oordeel, niet wil zeggen dat er geen onderbouwing hoeft te worden gegeven. Dat een audicien een advies van klinisch fysisch-audiologen zonder meer kan opvolgen, betekent dan ook niet dat er geen onderbouwing nodig zou hoeven zijn. Er is immers verschil tussen een voorschrift voor te verlenen zorg en een indicatie voor vergoeding van deze zorg. Zorgverzekeraars kunnen dan ook om een onderbouwing vragen, om de vraag te kunnen beantwoorden of sprake is van een indicatie voor vergoeding van de zorg.

Conclusie

In verband met de aanschaf van de aangevraagde buitencategorie hoortoestellen kan - op basis van de aanvullende informatie van de klinisch fysisch-audioloog - worden geconcludeerd dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op categorie 5 hoortoestellen.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is redelijkerwijs aangewezen op categorie 5 hoortoestellen ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels en Vergoedingen.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg, meer specifiek hoorhulpmiddelen, en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Door de behandelend audicien is gesteld dat niet alleen sprake is van een geschil tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar, maar ook van een geschil tussen haar, als niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en de ziektekostenverzekeraar. De commissie is met betrekking hiertoe niet bevoegd, en daarom neemt zij hetgeen dienaangaande is gesteld voor kennisgeving aan. Waar het gaat om het geschil tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar wordt als volgt overwogen.

Zorgverzekering

- 7.3. Voor de aanspraak op (vergoeding van) hoortoestellen is een hoortoestellendatabase ontwikkeld. Hierin zijn hoortoestellen opgenomen die voor verstrekking of vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking kunnen komen. De desbetreffende hoortoestellen zijn ingedeeld in vijf categorieën. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Hierin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst, voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit vastgelegd in de voorwaarden van de zorgverzekering (Algemene regels en Vergoedingen 2024). Op pagina 319 is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar hoorhulpmiddelen alleen vergoedt als de audicien werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0 (hierna: het protocol). Bedoeld protocol bepaalt in welke van de vijf categorieën de slechthorende moet worden ingedeeld. Dit geschiedt aan de hand van de zorgvraag en de complexiteit van het hoorprobleem. Lukt dit niet of kan betrokkene niet uitkomen met een hoortoestel uit de database in de geïndiceerde categorie, dan kan sprake zijn van een 'extra zorgvraag' en kan aanspraak bestaan op een buitencategorie hoortoestel. Dit zijn hoortoestellen die niet zijn ingedeeld in één van de vijf categorieën. In dat geval volgt verwijzing naar een audiologisch centrum en moet objectief en gemotiveerd worden aangetoond dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing. Om dit vast te stellen moeten ten minste twee hoortoestellen van de geïndiceerde categorie worden geprobeerd.
- 7.4. Verzoeker is op basis van het NOAH-protocol verwezen naar een audiologisch centrum. Waarom verwijzing heeft plaatsgevonden kan in het midden blijven. Het staat vast dat de behandelend klinisch fysisch-audioloog van het LUMC heeft geconcludeerd dat verzoeker is aangewezen op hoortoestellen categorie 5. Gelet op het nader voorlopig advies van het Zorginstituut van 9 januari 2025 kan de commissie verzoeker volgen in zijn stelling dat het invullen van de Amsterdamse Vragenlijst onder deze omstandigheden niet aan de orde is, en bovendien geen toegevoegde waarde heeft. Verzoekers specifieke hoorprobleem zal zijn besproken met de klinisch fysisch-audioloog, en niet valt in te zien waarom de audicien opnieuw een indicatie moet stellen of de gestelde indicatie moet bevestigen. De commissie volgt dan ook de conclusie van het Zorginstituut dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op hoortoestellen uit categorie 5.
- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft niet alleen gevraagd om een ingevulde Amsterdamse Vragenlijst, maar ook om een verklaring van de audicien dat ten minste twee typen hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie zijn geprobeerd, en dat deze niet hebben geleid tot een adequate oplossing van het hoorprobleem. Verzoeker meent dat deze voorwaarde niet mag worden gesteld, omdat dit een beperking vormt van zijn wettelijke aanspraken. De commissie volgt hem daarin niet. Dat de klinisch fysisch-audioloog een indicatie voor hoortoestellen kan stellen, betekent niet dat daarmee de voorwaarde van het proberen van twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie niet zou gelden, en zonder meer aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering bestaat. Het is in dat verband dat de klinisch fysisch-audioloog in zijn bericht van 8 november 2023 als vervolgbeleid met verzoeker het volgende heeft afgesproken:

"Over 8 weken nemen we contact op met de patient(e) voor een eerste telefonische evaluatie. We bespreken dan hoe de proef verloopt en wanneer/of er een controle bij het AC nodig is. Hiervoor ontvangen we graag een kort verslag van de hoortoestelproef, zodat we weten:

- 1. welke hoortoestellen er zijn geprobeerd en wat de ervaringen zijn;*
- 2. wat het spraakverstaan is met de nieuwe hoortoestellen.*

U kunt de bevindingen opsturen naar (mailadres)"

Niet gebleken is dat verzoeker hierna hoortoestellen categorie 5 uit de database heeft geprobeerd, zodat niet kan worden geconcludeerd dat hij redelijkerwijs was aangewezen op de door hem aangeschafte buitencategorie hoortoestellen, hetgeen een voorwaarde is voor

vergoeding. Verzoeker heeft bovendien bevestigd dat bij hem geen sprake is van een 'extra zorgvraag' (bijzondere zorgvraag) zodat op dit punt geen verder onderzoek nodig is en als vaststaand kan worden aangenomen dat hij uit kon met hoortoestellen categorie 5.

Mogelijkheid substitutie

- 7.6. Verzoeker heeft voorts aangevoerd dat de verzekeringsvoorwaarden en de tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar hem de vrijheid laten om toch te kiezen voor een buitencategorie hoortoestel, in welk geval de kosten worden vergoed op basis van een hoortoestel uit de geïndiceerde categorie. Daarbij heeft hij opgemerkt dat dit bij een andere verzekerde wél werd toegestaan, zodat de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen ongelijk behandelt. De commissie stelt in dit verband vast dat op bladzijde 318 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald:

"Als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Het gaat om de aanschafkosten van het hoortoestel waar u recht op heeft volgens het hoorprotocol. Wilt u een hoortoestel uit een hogere categorie? Dan vergoeden wij maximaal 75% van de kosten van het hoortoestel uit de categorie waar u recht op heeft. Het meerdere betaalt u zelf."

Een zelfde tekst is terug te vinden op de website van de ziektekostenverzekeraar.

Verder staat in de brochure hoortoestellen 2024 een min of meer vergelijkbare tekst:

"Kiest u voor een hoortoestel uit een hogere indicatiecategorie dan waarvoor u bent ingedeeld? Dan zijn de meerkosten altijd voor eigen rekening. Wij vergoeden alleen 75% van de aanschafkosten van het hoortoestel uit de indicatiecategorie waarvoor u op basis van het hoorprotocol bent ingedeeld."

De door verzoeker overgelegde e-mailcorrespondentie inzake een andere verzekerde lijkt het bestaan van deze keuzemogelijkheid te bevestigen, waarbij door verzoeker onweersproken is gesteld dat in dat geval evenmin sprake was van een 'extra zorgvraag'. Een mogelijk verschil zou evenwel kunnen zijn dat bij deze verzekerde de indicatie is gesteld door een audicien, op basis van het Hoorprotocol. Dit lijkt te stroken met de stelling van de ziektekostenverzekeraar ter zitting, die er samengevat op neerkomt dat een substitutievergoeding voor een buitencategorie hoortoestel pas aan de orde is als alle stappen van het Hoorprotocol zijn doorlopen, waaronder het doen van een aanvraag, waaruit blijkt dat twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie zijn geprobeerd. Op die aanvraag moet vervolgens een positieve beslissing volgen, waartoe vereist is dat het buitencategorie hoortoestel beschikt over ten minste dezelfde functionaliteit als het toestel uit de geïndiceerde categorie.

- 7.7. De commissie concludeert hieruit dat indien de indicatie is gesteld door een audicien, met inachtneming van het Hoorprotocol, en twee hoortoestellen uit de database zijn geprobeerd, een verzekerde in beginsel kan kiezen voor een buitencategorie hoortoestel, óók als er geen 'extra zorgvraag' bestaat en betrokkene dus uit kan met een hoortoestel uit de geïndiceerde categorie. Slechts een verschil in functionaliteit zou voor de ziektekostenverzekeraar nog reden kunnen zijn om de substitutievergoeding te weigeren. In de situatie van verzoeker is de indicatie voor de hoortoestellen echter niet gesteld door een audicien op basis van het Hoorprotocol, maar door een klinisch fysicus-audioloog. Deze heeft geoordeeld dat verzoeker is aangewezen op hoortoestellen categorie 5. Voor zover de ziektekostenverzekeraar de stelling betreft dat pas na het nader voorlopig advies van het Zorginstituut duidelijk werd dat verzoeker was geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 5 deelt de commissie dit standpunt niet. Hoewel de voordien overgelegde informatie summier was, wordt al in het verzoek om heroverweging gesproken over een categorie 5 hoortoestel. Als reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar enkel verzocht om toezending van een ingevulde Amsterdamse Vragenlijst terwijl een toelichting door het audiologisch centrum ook had volstaan. Waar het, in het kader van de substitutiemogelijkheid, volgens de ziektekostenverzekeraar ook gaat om de eis dat eerst twee hoortoestellen uit de

geïndiceerde categorie moeten zijn geprobeerd, stelt de commissie vast dat hiervan niet blijkt uit de verzekeringsvoorwaarden, de tekst op de website of in de brochure.

Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat de vereiste toestemming ontbreekt, oordeelt de commissie dat dit verzoeker niet kan worden tegengeworpen. Dit omdat de ziektekostenverzekeraar zijn weigering die toestemming te verlenen uitsluitend heeft gebaseerd op de voorwaarden van de zorgverzekering, waaraan verzoeker feitelijk niet behoefde te voldoen, omdat in zijn geval de indicatie niet werd gesteld door een audicien aan de hand van het Hoorprotocol.

- 7.8. Een vraag die, gelet op de door de ziektekostenverzekeraar betrokken stellingen, dan nog beantwoording behoeft, is of de door verzoeker aangeschafte hoortoestellen ten minste gelijkwaardig zijn aan de geïndiceerde categorie 5 hoortoestellen. In het nader voorlopig advies merkt het Zorginstituut hierover op: "Verder geeft de klinisch fysisch-audioloog aan dat hij het door verzoeker gewenste buitencategorie hoortoestel heeft vergeleken met een categorie 5 hoortoestel uit dezelfde Starkey serie. De klinisch fysisch-audioloog concludeert dat deze vergelijkbare, en op sommige punten zelfs betere, eigenschappen heeft dan het categorie 5 hoortoestel." De commissie overweegt dat daarmee (ook) een inhoudelijke reden om voor deze hoortoestellen de substitutievergoeding te weigeren ontbreekt.

Volgens verzoeker bedraagt de vergoeding voor twee hoortoestellen categorie 5, na inhouding van de eigen bijdrage van 25%, totaal € 1.040,22. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet bestreden, zodat dit onderdeel van het verzoek voor toewijzing gereed ligt. De commissie ziet hierin tevens aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. Over de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn partijen niet verdeeld.

Kosten rechtsbijstand

- 7.10. Verzoeker heeft de commissie, onder verwijzing naar artikel 21 van het toepasselijke reglement, verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem de kosten van rechtsbijstand ten bedrage van totaal € 2.224,- moet vergoeden. Hierbij heeft hij gesteld dat is voldaan aan de zogenoemde dubbele redelijkheidstoets, te weten: de kosten zijn in redelijkheid gemaakt en ook de hoogte ervan is redelijk. Volgens verzoeker hanteert de commissie bij de toets een striktere norm dan de kantonrechter of de bestuursrechter. Hij vraagt de commissie daarom dezelfde maatstaf te hanteren.

De commissie merkt hierover op dat het uitgangspunt van de onderhavige procedure is dat deze een laagdrempelig karakter heeft. Professionele (rechts)bijstand is in beginsel niet vereist, en om die reden zijn de kosten voor rekening van de partij die deze maakt, zoals is vastgelegd in artikel 21.1 van het toepasselijke reglement van de commissie. Op grond van artikel 21.2 van het reglement heeft de commissie bij wijze van uitzondering op de hoofdregel een beperkte mogelijkheid een (schade)vergoeding voor de door een verzoeker gemaakte kosten van klachtbehandeling - waaronder kosten van juridische bijstand - toe te kennen, op verzoek van een verzoeker die geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, maar slechts als het redelijk is dat de kosten zijn gemaakt en voorts de omvang van de kosten redelijk is. In dit geval ziet de commissie daartoe geen aanleiding. Hiertoe overweegt de commissie dat van de gestelde complexiteit van de zaak geen sprake is, althans niet in die mate dat verzoeker zijn kwestie niet zelf aan de ombudsman en de commissie van de SKGZ kon voorleggen, zoals van verzoekers in het algemeen wordt verwacht. Dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing in de loop van de discussie met verzoeker op verschillende gronden heeft gebaseerd, maakt nog niet dat kosten voor rechtsbijstand in redelijkheid zijn gemaakt.

Dat de kantonrechter of de bestuursrechter hierover in voorkomend geval wellicht anders oordeelt, speelt in deze bindend adviesprocedure geen rol. Aan hen komt in het kader van de toepassing van respectievelijk artikel 6:96, tweede lid, onderdeel c, Burgerlijk wetboek en de bepalingen van de Algemene wet bestuursrecht een eigen afweging toe. De commissie hanteert zijn eigen

afweging bij toepassing van artikel 21 van het reglement. De commissie wijst het verzoek tot vergoeding van de kosten van rechtsbijstand dan ook af.

Slotsom

7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

(i) het verzoek wordt toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker ter zake van de aangeschafte hoortoestellen een bedrag van totaal € 1.040,22 te vergoeden, en

(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

(iii) de vordering tot schadevergoeding wordt afgewezen.

Zeist, 3 maart 2025,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Hulpmiddelen

- [Bevalling-TENS](#)
- [Bril, \(contact\)lenzen en ooglaseren](#)
- [Eenvoudige loophulpmiddelen](#)
- [Plaswekker](#)
- [Steunpessarium](#)
- [steunzolen: uit vergoeding Voetzorg](#)
- [verbandmiddelen voor huidaandoening of wond](#)

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Soms wordt het hulpmiddel vergoed via het ziekenhuis

Is het hulpmiddel onderdeel van een behandeling door de medisch specialist? Of wordt het geïmplantéerd? Dan valt het hulpmiddel onder de vergoeding [Medisch specialist](#). Wij vergoeden het dan niet apart.

De overheid heeft een handig overzicht van hulpmiddelen

Dit is de [hulpmiddelenwijzer](#). Heeft u toch nog vragen? Ons [Service Center](#) helpt u verder.

● Steunpessarium

Een oplossing voor bekkenbodemp Problemen bij de vrouw.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	100%
Optifit	100%
Topfit	100%
Superfit	100%

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u bekkenbodempklachten, bijvoorbeeld een verzakking van uw blaas of baarmoeder? Een steunpessarium kan verlichting geven of uw klachten verhelpen.

De aanvullende verzekeringen Benefit en hoger vergoeden de kosten van een steunpessarium, als de huisarts het plaatst.

Hier kunt u terecht

Het steunpessarium haalt u bij:

- apotheek
- apotheekhoudende huisarts

U laat het plaatsen bij:

- huisarts

Gaat u voor ernstige klachten naar het ziekenhuis? Dan geldt de vergoeding Medisch specialist.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor het steunpessarium betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor het steunpessarium geldt geen eigen risico.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

● Acnebehandeling

De juiste behandeling bij acne. Of bij littekens van genezen acne.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 150, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 200, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 300, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 400, tot 21 jaar Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 500, alle leeftijden Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Acne is een ontsteking van de talgklieren in het gezicht, op de borst of op de rug. Als u er vaak of lang last van heeft, kan de huisarts u ervoor behandelen, of u doorverwijzen naar een huidarts (dermatoloog).

De huidarts kan acnebehandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist voorschrijven. U blijft dan (als dat nodig is) onder behandeling bij de huidarts en gaat daarnaast naar de huidtherapeut of de schoonheidsspecialist. Die bekijkt welke soort acne u heeft en welke behandeling nodig is.

De aanvullende verzekeringen vergoeden de behandeling van actieve acne en van littekens van genezen acne. De vergoeding geldt tot 21 jaar, behalve bij Superfit. Die vergoedt de zorg ook vanaf 21 jaar. Startfit en hoger hebben een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor acnebehandeling betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor acnebehandeling geldt geen eigen risico.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;

(...)

Artikel 2.10

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 revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
4. Voor signaalhonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.