



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, categorie 6
Zaaknummer : 201402784
Zittingsdatum : 28 oktober 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub c en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk 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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis drie sterren, Beter Af Tandarts Polis drie sterren en het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 september 2014 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 6 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 12 november 2014 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.4. Bij brief van 3 december 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog (gedeeltelijk) 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 11 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 maart 2015 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 maart 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 maart 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 12 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 april 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015031773) de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de exacte zorgvraag van verzoeker en het daaruit voortvloeiende hoortoestel. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 april 2015 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 augustus 2015 een verklaring van het audiologisch centrum gestuurd, en twee audiogrammen, zonder hierop inhoudelijk commentaar te leveren. Bij brief van 16 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog een inhoudelijke reactie gegeven op het audiologisch rapport. Deze brief is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
-  3.9. Bij brief van 21 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de nagekomen stukken 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 30 september 2015 de commissie medegedeeld dat onvoldoende onderzoek heeft plaatsgevonden naar de vraag of verzoeker uit de voeten kan met een geclassificeerd hoortoestel, waarbij het voor de hand had gelegen dat verzoeker een hoortoestel uit categorie 5 had uitgetoetst. Een afschrift van dit advies is op 1 oktober 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker draagt reeds 30 jaar hoorapparaten aan beide oren. Deze hoorapparaten worden om de vijf jaar vervangen. Omdat de toestellen weer toe waren aan vervanging, heeft verzoeker de audicien bezocht. Bij een audiotest bleek een asymmetrie te bestaan in de ontwikkeling van het gehoorverlies tussen beide oren. Verzoeker werd verwezen naar een KNO-arts, die een buisje plaatste in het rechteroor. Ook voerde hij een gehoormeting uit. Daarna werd verzoeker terugverwezen naar de audicien, die hem verschillende soorten hoorapparaten liet zien.
-  4.2. Omdat de vorige hoorapparaten van verzoeker zich in het hoogste kwaliteitssegment bevonden, wenste hij deze te vervangen door apparaten van gelijke kwaliteit. Verzoeker was in het verleden door de aard van zijn werkzaamheden als geschilbeslechter zeer afhankelijk van de kwaliteit van zijn gehoorwaarnemingen. Ook na zijn emeritaat vervult hij nog werkzaamheden in de financiële geschillenbeslechting. Verder is het met de duurdere hoortoestellen mogelijk via een streamer mobiel te telefoneren. Zonder deze voorziening is verzoeker hiertoe niet in staat. Tot slot lukt het verzoeker zonder deze toestellen niet goed te horen bij veel door elkaar heen sprekende personen.
-  4.3. Verzoeker heeft van de audicien vernomen dat voor de door hem gewenste hoorapparaten in het geheel geen vergoeding wordt verleend, omdat deze niet vallen binnen één van de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen categorieën. Verzoeker vindt deze gang van zaken onrechtvaardig, en in strijd met de bedoelingen van de zorgverzekering. Hij is daarom van mening dat hij in ieder geval een gedeeltelijke vergoeding zou moeten ontvangen, ter hoogte van de kosten van het meest adequate alternatief.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Het type hoortoestel waarop een verzekerde aanspraak heeft, wordt vastgesteld aan de hand van het keuzeprotocol van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In dit protocol zijn vijf categorieën hoortoestellen opgenomen. In elke categorie worden geclassificeerde hoortoestellen genoemd. Verzekerden hebben geen aanspraak op een hoortoestel dat niet binnen één van de categorieën valt. Zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers moeten zich aan het protocol houden. In het protocol wordt ook rekening gehouden met een complexe zorgvraag.

 5.2. De hoortoestellen die verzoeker heeft aangeschaft, vallen niet in één van de vijf categorieën, en komen om die reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Hij is hierover geïnformeerd door de audicien. Het is niet mogelijk verzoeker een gedeeltelijke vergoeding te verlenen voor de door hem aangeschafte hoortoestellen.

 5.3. In categorie vijf is een vergelijkbaar hoortoestel leverbaar dat wel kan worden vergoed, namelijk het hoortoestel Oticon Nera. Dit hoortoestel is bovendien uitgerust met de technologie van september 2013 op basis van het nieuwste Inium platform, terwijl de door verzoeker gewenste Oticon Agil Pro dateert van januari 2010. Het had voor de hand gelegen als verzoeker eerst de Oticon Nera hoortoestellen had uitgeprobeerd. Pas als deze geen adequate hooroplossing blijken te zijn, kan verder worden gekeken naar een ander (eventueel buitencategorie) hoortoestel.

 5.4. De ziektekostenverzekeraar 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 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 4 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering betreft een restitutiebepaling en bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van:

- a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;*
- b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;*
- c een eventueel reservehulpmiddel.*

Voorwaarden voor vergoeding

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. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de algemene voorwaarden Beter Af Polis. (...)"

- 8.4. Artikel 4.5.1 van het 'Achmea Reglement Hulpmiddelen' bepaalt, voor zover hier van belang:

"(...) Voorschrijver

- Verzekerden jonger dan 18 jaar kunnen zich wenden tot een audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de KNO-arts nodig*
- Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAr gecertificeerde triage-audiciën*

Gebruikstermijn

- Voor hoortoestellen minimaal 5 jaar*
- Voor oorstukjes, welke geleverd zijn voor 1 januari 2013, minimaal 30 maanden*

Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?

- U kunt contact opnemen met de leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft*
- Kosten voor normaal gebruik, zoals onderhoud en vervanging van batterijen, zijn voor uw eigen rekening*

Ben ik een eigen bijdrage/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 audiciën hebben afgesproken, zelf moet betalen. De resterende 75% van het aanschafbedrag betalen wij."

- 8.5. De artikelen 4 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en artikel 4.5.1 van het 'Achmea Reglement Hulpmiddelen' 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).

- 8.6. 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 hoortoestellen is geregeld in artikel 2.6 sub c en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv. Op grond van artikel 2.1, derde lid Bzv heeft de verzekerde op een vorm van zorg of dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. 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 of iemand in aanmerking komt 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, derde lid Bzv, waarin 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.
- 9.2. Uit artikel 4.5.1 van het 'Achmea Reglement Hulpmiddelen' blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de beoordeling heeft overgelaten aan zijn gecontracteerde leverancier. Deze bepaalt op welk hoortoestel in welke categorie een verzekerde aanspraak heeft.
- 9.3. Op de nota van de aangeschafte hoortoestellen is vermeld dat het gaat om 'indicatiecategorie 6'. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat categorie zes enkel wordt vermeld indien de klant een hoortoestel wenst dat de kwaliteit van de vijfde categorie overstijgt (vgl. GcZ 17 december 2014, 201400141). Gelet op het advies van het Zorginstituut van 10 april 2015 dient de vraag te worden beantwoord of verzoeker uit kan met een hoortoestel in categorie vijf. In dat kader is de ziektekostenverzekeraar gevraagd nader onderzoek te verrichten. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop verzocht zich te wenden tot het audiologisch centrum, aan welk verzoek hij heeft voldaan. De audioloog heeft op 28 juli 2015, voor zover hier van belang, verklaard: *"Uit onze metingen blijkt dat [verzoeker] uitstekend verstaat met de Oticon Agil Pro hoortoestellen. Gezien de werkzaamheden van [verzoeker] en de eisen die gesteld worden aan de communicatie, is het noodzakelijk dat [verzoeker] optimaal ondersteund wordt met hoortoestellen. Deze optimale ondersteuning wordt verkregen door het aanpassen van deze buitencategorie hoortoestellen. (...)".* Uit de verklaring van de audioloog volgt dat verzoeker is aangewezen op de door hem gewenste hoortoestellen in categorie zes. De ziektekostenverzekeraar heeft op dit punt verweer gevoerd, met de opmerking dat andere hoortoestellen in de database aanwezig zijn, die gelijk of zelfs beter zijn dan de door verzoeker gewenste toestellen. Deze hoortoestellen zijn echter niet door verzoeker geprobeerd. Ook uit het definitief advies van het Zorginstituut van 30 september 2015 volgt dat verzoeker hoortoestellen uit categorie vijf had moeten proberen, alvorens over te gaan tot aanschaf van hoortoestellen in de zogenoemde buitencategorie. De commissie concludeert dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij niet uit kan met een geclassificeerd hoortoestel en daarom redelijkerwijs was aangewezen op de Oticon Agil Pro toestellen. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen.
- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij wellicht geen aanspraak heeft op volledige vergoeding, maar dan toch in ieder geval op een gedeeltelijke vergoeding, die eruit zou moeten bestaan dat het bedrag wordt vergoed als ware aan hem een hoortoestel uit categorie vijf geleverd. Aangezien dit

laatste feitelijk niet is gebeurd, is in dat geval sprake van substitutie van zorg, in die zin dat een hulpmiddel wordt vergoed dat niet is geleverd. De zorgverzekering kent geen mogelijkheid voor substitutie, zodat dit argument van verzoeker niet kan leiden tot vergoeding van althans een deel van de kosten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor hoortoestellen dan wel de eigen bijdrage die hiervoor onder de zorgverzekering geldt, zodat geen aanspraak bestaat op een aanvullende vergoeding ten laste van die verzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 oktober 2015,

A.I.M. van Mierlo