



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, buitencategorie
Zaaknummer : 201701722
Zittingsdatum : 14 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onderdeel c, en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV PrimaZorg afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op twee Naida V90-SP hoortoestellen (hierna: de aanspraak). De gecontracteerde zorgaanbieder heeft namens de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat deze hoortoestellen niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 22 oktober 2017 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2018 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 februari 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 februari 2018 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 2 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 5 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018006300) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. Uit de vergelijking van het in juli 2014 ingevulde evaluatieformulier met de eerdere vragenlijst ter inventarisatie van de persoonlijke hoorsituatie van verzoekster, volgt dat het horen op de meeste punten is verbeterd. Uit het antwoord op de vraag "Wanneer u met meerdere mensen aan tafel zit te eten, kunt u het gesprek dan volgen" blijkt echter dat dit weinig was verbeterd (dit was bij inventarisatie: *"bijna nooit"* en ten tijde van de evaluatie: *"soms"*). Dit is één van de weinige vragen uit de betreffende vragenlijst die expliciet gaat over het horen in de sociale context, hetgeen volgens de informatie van de zoon van verzoekster, een voor haar relevant item is. Het Zorginstituut concludeert dat uit de voorliggende informatie is op te maken dat het categorie 3 hoortoestel waarover verzoekster sinds 2014 beschikte, op een belangrijk punt niet goed voldeed. Welk hoortoestel wel voor verzoekster voldoet, en of verzoekster met een ander hoortoestel uit de hoortoestellendatabase uitkomt, zou nader moeten worden onderzocht.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 maart 2018 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is hierbij verzocht het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek te verrichten en de commissie over de uitkomst hiervan te informeren.
-  3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 maart 2018 medegedeeld dat hij het nader onderzoek zal verrichten. Hij heeft de commissie bij brieven van 3 juli 2018 en 16 augustus 2018 geïnformeerd over de stand van zaken. Afschriften van deze brieven zijn aan verzoekster gezonden. Omdat de informatie van de audicien onvoldoende was voor de ziektekostenverzekeraar om inhoudelijk te reageren op de eventuele uitkomst van het nader onderzoek, heeft hij het ontbrekende rapport opgevraagd bij de audicien. Bij brief van 28 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld te reageren op de uitkomst van het nader onderzoek, hetgeen zij bij brief van 8 oktober 2018 heeft gedaan. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  3.10. Bij brief van 10 oktober 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften gezonden van de stukken die in het kader van het nader onderzoek zijn ingebracht, met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 24 oktober 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut stelt dat uit de ontvangen informatie geen feiten of omstandigheden naar voren komen die aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. Ondanks dat er nader onderzoek heeft plaatsgevonden, kan het Zorginstituut op basis van de aanvullende informatie niet beoordelen of verzoekster al dan niet is aangewezen op de gevraagde hoortoestellen. Het verslag en het e-mailbericht van de audicien zijn heel kort, onvoldoende gespecificeerd en niet concluderend. Het voorlopig advies kan daarom als definitief worden beschouwen.
Een afschrift van dit advies is op 25 oktober 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben op 29 oktober 2018 respectievelijk 2 november 2018 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is al een aantal jaren doof. In 2014 heeft zij nieuwe hoortoestellen laten aanmeten bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Over deze hoortoestellen is zij nooit tevreden geweest. Dit blijkt ook uit de vele bezoeken die zij sinds de aanschaf aan de zorgaanbieder heeft gebracht om de toestellen te laten bijstellen. Begin 2017 kreeg zij vervangende hoortoestellen van de zorgaanbieder, omdat haar eigen hoortoestellen ter reparatie moesten worden opgestuurd naar de fabrikant. Verzoekster kon met de leentoestellen veel beter horen. Uit navraag bij de zorgaanbieder bleek dat deze leentoestellen tot een andere categorie behoorden en dat deze om die reden niet aan verzoekster mochten worden verstrekt.
- 4.2. De zoon van verzoekster heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is hem verteld dat als de zorgaanbieder een aanvraag zou indienen voor hoortoestellen uit een andere categorie, de ziektekostenverzekeraar deze toestellen zou vergoeden. Vervolgens heeft verzoekster met haar zoon het voorgaande verteld aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft haar hierop geantwoord dat het verhaal van de ziektekostenverzekeraar niet klopt.
- 4.3. Verzoekster is ingedeeld in categorie 3. Deze indeling is niet gebaseerd op de mate van het gehoorverlies, maar op de leefomstandigheden van verzoekster. Zij zal gezien haar leeftijd nooit uit deze categorie komen. Als gevolg hiervan wordt zij voor de keuze gesteld de gewenste hoortoestellen uit de buitencategorie zelf te kopen of genoeg te nemen met de toestellen uit categorie 3, die wel voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster benadrukt dat zij met de hoortoestellen uit de buitencategorie goed kan functioneren, en hierdoor niet in een sociaal isolement komt.
- 4.4. Verzoekster wijst op de sociaal-emotionele gevolgen van het niet goed kunnen horen met de hoortoestellen uit categorie 3. Een normaal gesprek voeren is voor haar lastig, omdat zij met deze hoortoestellen slecht hoort en vaak moet vragen wat de ander zegt. Omdat zij dit niet steeds wil vragen, gaat zij het verhaal zelf aanvullen waardoor misverstanden ontstaan. Dit heeft zelfs zulke vormen aangenomen dat verzoekster zich heeft afgevraagd of zij aan het dementeren was, maar testen hebben gelukkig niet in die richting gewezen. Daarnaast is met deze toestellen het voeren van een telefoongesprek bijna onmogelijk. Sinds verzoekster de hoortoestellen uit de buitencategorie heeft kan zij weer volwaardig functioneren in haar sociale omgeving. Verzoekster vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van deze hoortoestellen niet (gedeeltelijk) vergoedt, aangezien deze zijn toegesneden op haar persoonlijke situatie.
- 4.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou de vervangingstermijn voor hoortoestellen vijf jaar zijn. Dit is echter niet opgenomen in de polisvoorwaarden.
- 4.6. Verzoekster merkt nog op dat de ziektekostenverzekeraar niet zorgvuldig heeft gekeken naar het onderhavige geschil, omdat hij niet op alle door haar aangevoerde argumenten is ingegaan, zoals het niet goed functioneren van haar hoortoestellen uit 2014, het sociaal-emotionele aspect van haar hoorproblemen, en de vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen of verzoekster in aanmerking komt voor een onderzoekstraject via een audiologisch centrum.
- 4.7. Verzoekster heeft bij brief van 27 maart 2018 aan de commissie medegedeeld dat zij uiteraard bereid is mee te werken aan het nader onderzoek. Hierbij merkt zij op dat zij van de audicien alleen hoortoestellen uit categorie 3 heeft mogen proberen. Omdat deze niet voldeden, is zij uiteindelijk overgegaan tot het aanschaffen van de huidige toestellen. Met deze hoortoestellen kan zij aan het normale sociale leven deelnemen. Zij vindt het kwalijk dat de ziektekostenverzekeraar zijn twijfels heeft bij haar objectiviteit.

Bij brief van 8 oktober 2018 heeft verzoekster aan de commissie medegedeeld dat zij het niet eens is met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat sinds 2013 niets zou zijn veranderd aan haar gehoor. Iedereen die maar even met haar spreekt, zal constateren dat zij met de hoortoestellen uit categorie 3 bijna niets hoort en geen goed gesprek kan voeren. De genoemde second opinion stelde niet veel voor. De ziektekostenverzekeraar kon verzoekster niet vertellen hoe de second opinion moest worden uitgevoerd; dit zou de audicien wel weten. Dit bleek echter niet het geval. Uiteindelijk heeft de audicien het rapport ingevuld zoals het hem goed achtte. Toen dat rapport niet de door de ziektekostenverzekeraar gewenste uitkomst had, stelde de ziektekostenverzekeraar dat de second opinion niet goed was uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens zelf contact gezocht met de audicien.

Verzoekster heeft geen nieuwe test ondergaan en is verder niet meer onderzocht. Als de second opinion niet goed was uitgevoerd, zou zij verwachten dat er opnieuw onderzoek zou worden ingesteld.

Verder stoort het haar enorm dat de ziektekostenverzekeraar suggereert dat zij niet objectief kan oordelen over de aangeboden hoortoestellen, omdat ze gewend is aan haar toestellen uit categorie 6.

Ook de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster uitdrukkelijk is geïnformeerd dat de vrije markttoestellen niet worden vergoed, is wel heel stellig. Volgens haar informatie is het zo dat iemand van tachtig alleen nog hoortoestellen uit categorie 3 vergoed kan krijgen. De informatie over vrije markttoestellen is pas gegeven, nadat verzoekster door de ruiltoestellen weer een normaal gesprek kon voeren, omdat zij beter kon horen met deze toestellen. Nadat dit werd besproken met de audicien, vertelde hij dat de betreffende hoortoestellen voor eigen rekening komen. Dat was voor hem ook de reden deze hoortoestellen in eerste instantie niet aan te bieden.

- 4.8. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 29 oktober 2018 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Zij vindt voornoemd advies teleurstellend en leest hierin niet terug dat de door haar aangevoerde feiten op waarde zijn geschat. Zij concludeert dat de audicien een slecht rapport heeft geleverd, waardoor zij wordt benadeeld. Evenmin wordt in het advies ingegaan op de procedure van de second opinion. Verzoekster benadrukt dat in het voorlopig advies van 5 maart 2018 is geconcludeerd dat de hoortoestellen uit categorie 3 niet voldoen.

Er wordt gememoreerd dat de uitgebreide vragenlijsten door haar zijn ingevuld. In de praktijk is dit gedaan door de audicien.

In het advies wordt niet ingegaan op het verhaal van verzoekster over de quota, die bestaan in de contracten tussen de ziektekostenverzekeraar en de audicien, waardoor mensen die niet meer in een arbeidsproces zitten geen toestel boven categorie 3 aangeboden krijgen.

- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op verstrekking van hoortoestellen. Aan de hand van het Keuzeprotocol Hoorzorg wordt bepaald op welk type hoortoestel iemand aanspraak heeft. Volgens dit protocol bestaan vijf categorieën hoortoestellen. Na een intakegesprek bij de zorgaanbieder, stelt deze aan de hand van de indicatie vast in welke categorie betrokkene valt. Indien betrokkene kiest voor hoortoestellen die niet zijn opgenomen in de hoortoestellendatabase, of voor hoortoestellen uit een andere categorie dan waarvoor hij is geïndiceerd, komen die hoortoestellen niet voor vergoeding in aanmerking.

- 5.2. Naar aanleiding van de stelling van verzoekster dat zij vanaf de verstrekking van de hoortoestellen uit categorie 3 in 2014 niet tevreden hiermee is geweest, heeft de ziektekostenverzekeraar bij de zorgaanbieder nagevraagd of verzoekster destijds een tevredenheidsverklaring heeft ondertekend. Dit blijkt het geval te zijn. Volgens deze tevredenheidsverklaring heeft verzoekster bevestigd dat de proefperiode met de hoortoestellen succesvol is verlopen. Verzoekster heeft tevens een evaluatieformulier ingevuld, waaruit blijkt dat er duidelijk verbeteringen zijn bij diverse activiteiten. De ziektekostenverzekeraar heeft afschriften van beide documenten overgelegd.

- 5.3. In de situatie van verzoekster is niet onderbouwd waarom zij aanspraak heeft op de nieuwe hoortoestellen, die niet zijn opgenomen in de hoortoestellendatabase. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat de zorgaanbieder verzoekster vooraf heeft geïnformeerd dat deze toestellen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hiervoor heeft verzoekster moeten tekenen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat een vervangingstermijn van vijf jaar voor hoortoestellen gebruikelijk is. Echter, indien dit medisch noodzakelijk is, kan ook binnen deze termijn vervanging plaatsvinden.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij de onderhavige kwestie wel degelijk zorgvuldig heeft beoordeeld.
- 5.6. Bij brief van 16 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat het voor het verrichten van het nader onderzoek van belang is dat verzoekster naar de zorgaanbieder gaat en minimaal twee hoortoestellen probeert volgens het Hoorzorg-protocol. Dit betekent dat verzoekster twee hoortoestellen moet proberen binnen de categorieën 1 tot en met 5. Pas als blijkt dat zij niet uit kan met één van deze hoortoestellen, wordt gekeken naar de buitencategorie (categorie 6).
Het bovenstaande traject vindt normaal gesproken ook plaats bij de audicien en had destijds bij verzoekster moeten plaatsvinden. Echter, verzoekster heeft direct gekozen voor de aanschaf van de buitencategorie hoortoestellen. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich daarom af in hoeverre het nader onderzoek nog objectief kan plaatsvinden.
De ziektekostenverzekeraar merkt op dat als verzoekster bereid is mee te werken aan het onderzoek, en uit dit onderzoek blijkt dat zij in aanmerking komt voor een hoortoestel uit een andere categorie binnen het Hoorzorg-protocol, het hoortoestel die zij al heeft aangeschaft nog steeds niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.7. Bij brief van 3 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat verzoekster contact heeft gehad met de audicien. De ziektekostenverzekeraar heeft van de audicien vernomen dat verzoekster heeft verklaard zeer tevreden te zijn met de hoortoestellen die zij reeds had aangeschaft (de toestellen uit de buitencategorie). De audicien heeft haar hoortoestellen aangeboden uit een andere categorie, categorie 5, van het Hoorzorgprotocol om te proberen. Verzoekster heeft direct aangegeven dat deze hoortoestellen minder goed klinken dan de hoortoestellen die ze al heeft. De audicien heeft met haar afgesproken dat zij deze hoortoestellen voorlopig zou proberen om de toestellen met elkaar te kunnen vergelijken.
De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat logischerwijs een hoortoestel uit categorie 6 beter is dan een uit categorie 5. Dat verzoekster een hoortoestel uit categorie 5 minder goed vindt klinken, betekent niet dat zij binnen de kaders van het Hoorzorgprotocol onvoldoende zou kunnen horen. Het moet gaan om een adequaat functionerend hulpmiddel.
Op 16 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie het verslag van de audicien gestuurd. Over de hoortoestellen uit categorie 5 heeft de audicien op 6 augustus 2018 het volgende verklaard: *"Nu ook Phonak Naida q 70 SP retour ontvangen. Toestellen zijn stukken onrustiger tov haar vrije markt toestel, hierdoor is tevens het verstaan slechter. Ook merkt mw dat het veel meer moeite kost om te functioneren wat veel energie vergt. Negatieve proef."*
Dit verslag is geen rapport dat volgens het Hoorzorgprotocol dient te worden opgesteld. Daarom is het volgens de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk inhoudelijk te reageren op de eventuele uitkomst van het onderzoek. De ziektekostenverzekeraar zal het ontbrekende rapport daartoe opvragen bij de audicien.
Op 28 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij de audicien heeft gevraagd in welke categorie verzoekster valt op grond van het Hoorzorgprotocol. De audicien heeft hierop als volgt gereageerd: *"(...) er is niets veranderd ten opzichte van 2013, [verzoekster] valt nog steeds in categorie 3."* Hiermee staat vast dat verzoekster is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 3 en dat de door haar aangeschafte toestellen Naida V90-SP niet onder één van de vijf categorieën uit het protocol vallen. Verzoekster heeft vóór de aanschaf geen contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Voorts staat vast dat verzoekster door de audicien

nadrukkelijk is geïnformeerd dat vrije markt toestellen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Uit een recent afgegeven bindend advies door de commissie blijkt tevens dat een verzekerde om die redenen geen aanspraak kan maken op vergoeding voor de buitencategorie hoortoestellen. Verzoekster heeft verklaard dat zij met de leentoestellen van de audicien, terwijl haar eigen toestellen ter reparatie waren aangeboden, veel beter kon horen. Door haar zijn vervolgens geen andere toestellen geprobeerd. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij niet uit zou kunnen met een geclassificeerd hoortoestel en daarom redelijkerwijs was aangewezen op de Naida V90-SP hoortoestellen. Dat binnen categorie 3 mogelijk geen hoortoestel beschikbaar is zoals de Naida V90-SP, is hierbij niet relevant. Aanspraak bestaat namelijk op doelmatige zorg, hetgeen in dit verband inhoudt dat verzoekster niet zonder meer in aanmerking komt voor het 'beste' hulpmiddel dat er op de markt verkrijgbaar is.

Op verzoek van de commissie hebben partijen meegewerkt aan een second opinion. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij van mening is dat dit niet de te volgen route zou moeten zijn, aangezien verzoekster reeds gewend was aan haar vrije markt toestellen. De conclusie laat zien dat alle toestellen op proef de gewenste versterking boden, maar dat door het ervaren van meer onrustige geluiden het spraakverstaan nadelig beïnvloed werd.

- 5.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 november 2018 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Hij merkt op dat verzoekster in haar brief van 8 oktober 2018 heeft aangegeven dat de audicien haar heeft verteld dat de buitencategorie toestellen geheel voor eigen rekening zouden komen. De audicien heeft daarom ook logischerwijs niet bij de ziektekostenverzekeraar aannemelijk gemaakt dat verzoekster niet uit zou kunnen met een geclassificeerd hoortoestel. Verzoekster was al geïnformeerd over het feit dat het een particuliere aanschaf betrof.

De werkwijze volgens het Hoorzorgprotocol staat of valt met het correct doorlopen van de verschillende processtappen. Eén daarvan is de stap van de bijzondere individuele zorgvraag. Een bijzondere individuele zorgvraag wordt door de ziektekostenverzekeraar zorgvuldig beoordeeld. In de situatie van verzoekster heeft de audicien in eerste aanleg geen onderbouwing gegeven, omdat het een particuliere aanschaf betrof. De ziektekostenverzekeraar handhaaft het eerder ingenomen standpunt, aangezien deze werkwijze één van de fundamenteën betreft voor een correct werkend Hoorzorgprotocol.

- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 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 verzoekster aanspraak heeft op twee Naida V90-SP hoortoestellen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de pagina's 8 tot en met 55 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. Op de pagina's 27 tot en met 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

WELKE ZORG

*U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Menzis heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Menzis in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.
(...)"*

- 8.4. Op pagina 6 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op een onderzoek of een behandeling als dit nodig is. Om voor de zorg in aanmerking te komen moet de verzekerde hierop redelijkerwijs zijn aangewezen. De verzekerde dient een indicatie te hebben voor de gewenste zorg, en de zorg moet doelmatig zijn. Er bestaat geen aanspraak op zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is, gezien de indicatie en de zorgbehoefte.

- 8.5. In het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis 2017' is op pagina 19 is ter zake van hoortoestellen, die worden betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder, het volgende bepaald:

*"Eigendom of bruikleen?
Eigendom*

Voorafgaande toestemming nodig?

Nee. U kunt zich rechtstreeks tot een gecontracteerde leverancier wenden. Vanuit het Hoorzorgprotocol kunt u mogelijk worden doorverwezen naar uw huisarts of medisch specialist.

Wettelijke eigen bijdrage

Conform de Regeling zorgverzekering: Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bedraagt de eigen bijdrage voor hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie of ernstig oorsuizen 25% van de totale aanschaffkosten (zoals Menzis is overeengekomen met gecontracteerde zorgaanbieders) van een volledig functionerend hoortoestel. Reparatiekosten en kosten van vervanging van de oorstukjes gedurende 5 jaar zijn bij dit totaalbedrag inbegrepen. Het type hoortoestel waar u recht op heeft wordt vastgesteld door middel van het Hoorzorgprotocol."

- 8.6. In het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis 2017' is in artikel 3.1.1 bepaald dat alleen aanspraak bestaat op een hulpmiddel indien de verstrekking hiervan doelmatig is. Deze bepaling luidt:

"Natuurlijk heeft u alleen recht op een hulpmiddel als dat nodig is. Om voor de vergoeding van een hulpmiddel in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke hulpmiddelenzorg voor u nodig is wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor vergoeding in aanmerking."

- 8.7. De pagina's 6, en 27 tot en met 29 van de zorgverzekering en het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis 2017' zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 onderdeel c en 2.10 Rzv. Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.9. 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. Op grond van het bepaalde op de pagina's 27 tot en met 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op hulpmiddelenzorg. Deze aanspraak is nader uitgewerkt in het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis 2017'. Op pagina 19 van voornoemd reglement is bepaald dat het hoortoestel moet zijn aangemeten conform het Keuzeprotocol Hoorzorg. Uit voornoemd protocol 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. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd op pagina 6 van de voorwaarden van de zorgverzekering en in artikel 3.1.1 van het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis 2017'.
- 9.2. Verzoekster is op grond van het Keuzeprotocol Hoorzorg in 2014 geïndiceerd voor een hoortoestel uit categorie 3. Door haar is gesteld noch is anderszins gebleken, dat haar gehoor sindsdien is verminderd of dat haar hoorsituatie sterk is gewijzigd. De commissie gaat daarom ervan uit dat zij op basis van voornoemd protocol nog steeds is aangewezen op hoortoestellen uit categorie 3. Verzoekster stelt evenwel dat zij met hoortoestellen uit deze categorie slecht hoort. Met de twee Naida V90-SP hoortoestellen, die niet zijn opgenomen in de hoortoestellendatabase, kan zij daarentegen wel goed horen. De ziektekostenverzekeraar wil de kosten van deze, reeds door verzoekster aangeschafte, hoortoestellen, evenwel niet vergoeden.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader de door verzoekster ondertekende tevredenheidsverklaring uit 2014 overgelegd, waarmee zij bevestigt tevreden te zijn over de hoortoestellen uit categorie 3. Tevens is het evaluatieformulier uit 2014 overgelegd waaruit blijkt dat verzoekster met haar hoortoestellen op veel punten beter scoort. Deze beide verklaringen zijn in tegenspraak met de door verzoekster in de onderhavige procedure aangevoerde argumenten, die er - samengevat - op neerkomen dat de in 2014 verstrekte hoortoestellen van meet af aan niet adequaat functionerend waren.
- De ziektekostenverzekeraar heeft voorts de in 2014 en 2017 door verzoekster ingevulde vragenlijsten ter inventarisatie van haar persoonlijke hoorsituatie overgelegd. Hierbij valt op dat op de vragenlijst van 2014 gevarieerd is geantwoord. Bij de vragenlijst uit 2017 is bij alle vragen het antwoord "bijna nooit" aangevinkt, ook bij de vragen waarvan kan worden aangenomen dat het antwoord positief zou luiden voor iemand die slecht hoort, zoals bijvoorbeeld de vraag of de persoon het storend vindt als de radio of de tv aanstaat tijdens een gesprek. Aangezien het gehoor van verzoekster tussen 2014 en 2017 niet noemenswaardig is verslechterd, zouden de antwoorden van voornoemde vragenlijsten niet zoveel mogen afwijken. De indruk ontstaat dat verzoekster de vragen op deze wijze heeft beantwoord om de uitkomst op grond van het Keuzeprotocol Hoorzorg te beïnvloeden.
- Voor zover verzoekster aanvoert dat niet zij maar de audiciens de vragenlijst heeft ingevuld, kan dit niet leiden tot een andere conclusie, aangezien verzoekster deze ingevulde vragenlijst heeft ondertekend.
- 9.4. Op grond van het bepaalde in het 'Verzekeringsreglement Menzis Basis 2017' bestaat alleen aanspraak op het type hoortoestel waarop de verzekerde op grond van het Keuzeprotocol Hoorzorg recht heeft. Indien een verzekerde niet uitkomt met een hoortoestel uit voornoemde database, biedt de ziektekostenverzekeraar onder voorwaarden de mogelijkheid tot verstrekking van een hoortoestel buiten de database. Dit is evenwel alleen het geval indien sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Naar de commissie vermoedt is dit destijds ook telefonisch aan de zoon van verzoekster medegedeeld.
- In de onderhavige kwestie heeft verzoekster niet aangevoerd waarom in haar situatie sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Een behoorlijke onderbouwing door de audiciens ontbreekt. Evenmin is door een audiologisch centrum hiernaar onderzoek gedaan. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat niet is gebleken dat bij verzoekster sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag op grond waarvan zij aanspraak heeft op buitencategorie hoortoestellen.
- 9.5. Uit het voorgaande volgt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar aangeschafte hoortoestellen. Aangezien zij thans beschikt over een adequaat functioneren - voor eigen rekening aangeschaft - hulpmiddel, is verstrekking van vervangende hoortoestellen niet aan de orde en kan de vraag naar de vervangingstermijn onbeantwoord blijven.
- 9.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij gezien haar leeftijd, haar leefomstandigheden en het feit dat zij niet meer deelneemt aan het arbeidsproces per definitie niet in aanmerking komt voor een hoortoestel uit een hogere categorie dan 3. Volgens haar is dit bepaald in de contracten tussen de ziektekostenverzekeraar en de audiciens. Verzoekster heeft haar stelling evenwel niet nader onderbouwd, terwijl daarnaast uit het nader onderzoek blijkt dat in haar geval wel degelijk de mogelijkheid van hoortoestellen uit de categorieën 4 en 5 is onderzocht, zodat de commissie deze stelling passeert.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 14 november 2018,



mr. G.R.J. de Groot

