

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202303449

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de door hem gewenste Oticon Real 1 hoortoestellen volledig te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker, op basis van de ingevulde Amsterdamse Vragenlijst, redelijkerwijs is aangewezen op hoortoestellen uit categorie 3 of 4. Voor deze categorieën heeft tot op heden geen adequate testperiode plaatsgevonden, aangezien verzoeker enkel hoortoestellen uit categorie 5 heeft geprobeerd.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op hoortoestellen uit de buitencategorie. Om die reden komt hij niet voor vergoeding van de door hem gewenste hoortoestellen in aanmerking. Het verzoek wordt daarom afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 22 november 2023 het geschil met de ziektekostenverzekeraar aan de SKGZ voorgelegd. Tijdens een telefoongesprek op 5 januari 2024 heeft verzoeker tegenover de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard geen bemiddeling te willen, maar een uitspraak van de commissie. Hierop heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen het dossier overgedragen aan de commissie. Op 5 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 11 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 januari 2024 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailbericht van 15 februari 2024 en brief van 17 februari 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 2.3. Bij brief van 13 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024002144) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 februari 2024 aan partijen gestuurd. Bij e-mailberichten van 23 februari 2024 en 8 maart 2024 heeft verzoeker op het betreffende advies gereageerd. Kopieën van deze e-mailberichten zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 25 maart 2024 een pleitnota gestuurd. Een kopie hiervan is op 26 maart 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 maart 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op de door verzoeker op 25 maart 2023 overgelegde pleitnota. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede kopieën van de reacties van verzoeker van 23 februari 2024, 8 maart 2024 en 25 maart 2024 zijn op 16 april 2024 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 februari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 31 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 juni 2024 aan partijen gezonden, waarbij aan hen de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 3 juni 2024 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 10 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een hersteld definitief advies gestuurd. Een kopie hiervan is op 10 juni 2024 aan partijen gezonden, waarbij aan hen wederom de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 10 juni 2024 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 13 juni 2024 heeft het Zorginstituut, desgevraagd, aan de commissie uitleg gegeven over het verschil tussen het definitief advies en het hersteld definitief advies. Een kopie van deze brief is op 13 juni 2024 ter kennisname aan partijen gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 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 en ONVZ Wereldfit (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij brief van 29 augustus 2023 heeft de audicien namens verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd voor de aanschaf van twee Oticon Real 1-hoortoestellen. Bij e-mailberichten van 12 en 17 september 2023 heeft verzoeker aanvullende informatie verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 16 november 2023 afwijzend beslist op het verzoek.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 21 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 5 december 2023 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht hem een bedrag van € 250,- te betalen. Dit vanwege de aanschaf van een Sennheiser audio transmitter (€ 79,-) en twee AirPods Pro 2 (€ 239,-). Bij e-mailbericht van 12 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist. Nadien heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd deze beslissing te heroverwegen, hetgeen hij bij e-mailbericht van 14 december 2023 heeft gedaan, onder handhaving van zijn standpunt.

- 3.5. Bij brief van 13 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 31 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 10 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een hersteld definitief advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 13 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie uitleg gegeven over het verschil tussen het definitief advies en het hersteld definitief advies.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de door hem gewenste Oticon Real 1-hoortoestellen volledig te vergoeden. Indien de ziektekostenverzekeraar hiertoe niet is gehouden, verzoekt hij - subsidiair - vergoeding van de kosten van een Sennheiser audio transmitter (€ 79,-) en twee AirPods Pro 2 (€ 239,-). Bij e-mailbericht van 15 februari 2024 heeft verzoeker dit subsidiaire of tweede onderdeel van zijn verzoek gewijzigd, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een eenvoudig hulpmiddel dient te verstrekken waarmee hij op een normale geluidsterkte naar de televisie kan kijken.
- 4.2. Het audiologisch centrum heeft bij brief van 29 augustus 2023 verklaard dat verzoeker op 21 juni 2023 een bezoek heeft gebracht om een gehooronderzoek te laten uitvoeren en advies in te winnen over de aanschaf van twee nieuwe hoortoestellen. Op basis van de resultaten van het gehooronderzoek en de informatie uit het intakegesprek is toen een recept uitgeschreven voor twee hoortoestellen uit categorie 5. Op 18 juli 2023 is verzoeker, via een audicien, gestart met het proberen van twee hoortoestellen van het type Oticon Zircon 1. Omdat al snel bleek dat de hoortoestellen uit categorie 5 niet toereikend waren in de luistersituaties die verzoeker dagelijks tegenkomt, heeft verzoeker deze op 1 augustus 2023 ingeruild voor hoortoestellen van het type Oticon Real 1. Hiermee merkte verzoeker gelijk een duidelijke verbetering, met name in de wijze waarop de toestellen omgaan met storende omgevingsgeluiden. Na afloop van de proefperiode van de hoortoestellen van het type Oticon Real 1 zijn van beide hoortoestellen (Oticon Zircon 1 respectievelijk Oticon Real 1) de instellingen gecontroleerd. Hieruit is gebleken dat beide typen hoortoestellen een vergelijkbaar resultaat laten zien bij een geluidsniveau van 75dB, 65dB en 55dB. De Spraak-in-Ruis-test die aansluitend is uitgevoerd laat echter een duidelijk verschil zien. De hoortoestellen van het type Oticon Real 1 vertonen veel minder ruis dan die van het type Oticon Zircon 1. Omdat de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt bleef stellen dat er twee hoortoestellen moesten zijn geprobeerd, heeft verzoeker in oktober 2023 bij een andere audicien hoortoestellen van het type Coselgi Mojo 5 geprobeerd, maar ook deze hadden veel meer ruisvorming dan de toestellen van het type Oticon Real 1.
- 4.3. Met betrekking tot het voorlopig advies van het Zorginstituut van 13 februari 2024 heeft verzoeker in zijn e-mailbericht van 23 februari 2024 gesteld dat dit geen stand kan houden, omdat het Zorginstituut concludeert dat niet is gebleken dat verzoeker niet kan uitkomen met een hoortoestel uit de database. Deze conclusie is uit de lucht gegrepen, aangezien zowel het audiologisch centrum als twee afzonderlijke audiciens tot het oordeel zijn gekomen dat verzoeker niet uit kan met een hoortoestel uit categorie 5. Deze specialisten zijn daartoe gekomen na zorgvuldig onderzoek. Het Zorginstituut heeft nagelaten zelf een dergelijk zorgvuldig onderzoek te doen.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij, in afwijking van zijn eerdere berichten, van de commissie geen uitspraak meer wil over de vraag of de ziektekostenverzekeraar de kosten van een Sennheiser audio transmitter en twee AirPods Pro 2 moet vergoeden.
- Verder verwijst verzoeker naar zijn e-mailbericht van 25 maart 2024. Kern van het betoog is dat het advies van het Zorginstituut van 13 februari 2024 erg kort door de bocht is opgeschreven. Omdat verzoeker daarnaast het vermoeden heeft dat niet alle informatie door het Zorginstituut was meegewogen, heeft hij bij het Zorginstituut een Woo-verzoek gedaan. Het Zorginstituut heeft hieraan gevolg gegeven en uit de stukken blijkt dat inderdaad niet alle informatie is meegenomen. Om die reden heeft verzoeker de commissie nadere gegevens doen toekomen, waaronder het Hoorprotocol 2.0. Met betrekking tot dit protocol geldt in de eerste plaats dat dit geen juridisch document is. Daarnaast staat in het protocol geen volgorde beschreven. Ook staat in het protocol niet hoe lang de testperiodes met de verschillende hoortoestellen moeten duren. Tot slot voert verzoeker aan dat hij op 30 oktober 2023 voor de tweede keer een audiologisch centrum heeft bezocht. Tijdens dit bezoek heeft verzoeker met de drie door hem geteste hoortoestellen ruistesten gedaan. De uitkomsten van deze testen zijn bij het e-mailbericht van 25 maart 2024 overgelegd en hieruit blijkt duidelijk dat de hoortoestellen van het type Oticon Real 1 met afstand het beste functioneren.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 11 januari 2024 uiteengezet dat hij in zijn verzekeringsvoorwaarden heeft opgenomen dat op basis van het Hoorprotocol wordt bepaald op welk type hoortoestel een verzekerde recht heeft. Uitgangspunt van het protocol is dat een verzekerde uit kan met een hoortoestel uit de categorieën 1 tot en met 5 van de database, tenzij wordt aangetoond dat sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Dit laatste is aan de orde als een audiologisch centrum de medische noodzaak heeft vastgesteld én een verzekerde ten minste twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie heeft geprobeerd.
- De hoortoestellen waar verzoeker om vraagt zijn hoortoestellen uit de buitencategorie. Deze zijn niet per se kwalitatief beter dan hoortoestellen uit de categorieën 1 tot en met 5. Er kunnen ook financiële/commerciële overwegingen meespelen voor een fabrikant om diens hoortoestellen wel of niet voor opname in bedoelde categorieën aan te bieden.
- Daarnaast kan een audicien een voorkeur voor specifieke hoortoestellen/merken hebben, waardoor niet alle merken hoortoestellen (dus ook niet alle hoortoestellen uit de aangewezen categorieën) in zijn of haar assortiment zijn opgenomen. De hoortoestellendatabase is niet statisch. Dit betekent dat ook nieuw ontwikkelde hoortoestellen hieraan worden toegevoegd.
- 5.2. Verder is in het protocol beschreven dat op basis van de antwoorden op de Amsterdamse vragenlijst en de COSI-methode tezamen wordt berekend voor welke categorie hoortoestel de verzekerde in aanmerking komt. De categorie die er op dat moment uitkomt, wordt de 'basis categorie' genoemd. De audicien en/of voorschrijver kan hiervan afwijken als binnen de 'basis categorie' geen toestel gevonden kan worden waarmee de verzekerde goed kan functioneren. Op grond van het professioneel oordeel en in overleg met de verzekerde kan de audicien de 'basis categorie' met één verhogen (tot maximaal categorie 5). Er vindt dan een proefperiode plaats. De ziektekostenverzekeraar stelt aan de hand van de overgelegde vragenlijst vast dat verzoeker een 'basis categorie' heeft van 4. Onduidelijk is met welke reden hij een proefperiode heeft gehad met hoortoestellen uit categorie 5. Verzoeker is vrij kort na die proefperiode overgegaan naar een proefperiode met buitencategorie hoortoestellen. Dit type toestel functioneerde beter in rumoerige situaties. Het is niet gebleken dat de categorie 5 toestellen hiertoe niet in staat waren, of waaruit de noodzaak voor verzoeker blijkt om in rumoerige situaties deze subjectieve verbetering na te streven. Op advies van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een tweede set hoortoestellen uit categorie 5 geprobeerd, maar ook deze set toestellen voldeed volgens verzoeker niet. Gelet op het voorgaande stelt de ziektekostenverzekeraar dat niet is aangetoond dat verzoeker is aangewezen op hoortoestellen uit de buitencategorie. Op grond van de overgelegde informatie blijkt niet dat verzoeker niet zou kunnen uitkomen met een hoortoestel uit de categorieën 1 tot en met 5. Tevens is er geen sprake van een bijzondere individuele zorgvraag die leidt tot een

medische noodzaak voor een toestel uit de buitencategorie. Ook is niet aangetoond op wat voor type toestel verzoeker dan wél is aangewezen, omdat hij niet aan de 'basis categorie' - categorie 4 - werd gehouden in de testperiode.

- 5.3. Voor zover verzoeker vergoeding vordert van de kosten van een Sennheiser audio transmitter en twee AirPods Pro 2 geldt dat zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor geen dekking biedt. Het bedrag van € 250,- uit de aanvullende ziektekostenverzekering waarnaar verzoeker verwijst ziet alleen op een tegemoetkoming in de kosten van de eigen bijdrage voor onder andere hoortoestellen, medische lenzen en orthopedische schoenen.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat op basis van het protocol een verzekerde eerst twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie moet proberen. Pas als een verzekerde niet uit kan met een dergelijk hoortoestel kan worden bekeken of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een hoortoestel uit de buitencategorie. Doordat verzoeker het stappenplan van het protocol niet heeft gevolgd, staat niet vast dat hij niet uit kan met een hoortoestel uit de geïndiceerde categorie. Verzoeker heeft namelijk hoortoestellen uit categorie 5 kort getest zonder aanpassingen aan de instellingen. Later is er nog een ander hoortoestel uit categorie 5 geprobeerd, maar ook deze testperiode was kort. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden, geldt dat de ziektekostenverzekeraar dit betwist. Als gezegd staat niet vast dat verzoeker enkel en alleen is aangewezen op hoortoestellen van het type Oticon Real 1.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 13 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Om in aanmerking te komen voor vergoeding van hoortoestellen vanuit de basisverzekering moet er sprake zijn van een gehoorverlies van ten minste 35dB. Verzoeker heeft blijkens de brief van het audiologisch centrum rechts een perceptief gehoorverlies van 37 dB en links 35 dB (gemeten over 1, 2 en 4 kHz). De indicatie voor hoortoestellen is dan ook niet in geschil. De vraag die beantwoord moet worden is of verzoeker is aangewezen op een hoortoestel buiten de hoortoestellendatabase.

Zoals ook in het juridisch kader is uiteengezet, moet [in] de aanvraag voor een buitencategorie hoortoestel gedegen onderbouwd zijn waarom, in dit geval verzoeker, op grond van zijn gehoorverlies, niet uitkomt met de hoortoestellen uit de database. Doorgaans wordt dit onderbouwd door een klinisch fysisch-audioloog van een Audiologisch Centrum, en ook moeten twee hoortoestellen uit de database zijn uitgeprobeerd.

(...)

Overwegingen Zorginstituut

Tussen de interpretatie van de resultaten van de Amsterdamse Vragenlijst door verweerder en door de audioloog is een discrepantie. Verweerder komt uit op een hoortoestel uit categorie 4, terwijl de audioloog - op basis van de resultaten van het gehooronderzoek en de informatie uit het intakegesprek (overigens zonder dit nader te specificeren) - een hoortoestel uit categorie 5 vaststelt.

Uit de voorliggende informatie wordt niet duidelijk waarom na de proefperiode met Oticon Zircon 1 hoortoestellen direct werd overgegaan op buitencategorie hoortoestellen. In een e-mail van 15 september 2023 geeft verzoeker aan dat hij dit bij Oog voor Oren heeft nagevraagd. De audicien zou hebben medegedeeld het nut er niet van in te zien als een audioloog na testen constateert dat de patiënt niet gebaat is met een hoortoestel uit categorie 5. In een nagekomen schrijven van 17 januari 2024 geeft verzoeker aan dat de bij Oticon Zircon 1 en Oticon Real 1 betrokken audicien Beter Horen was, en Conselgo Mojo M5 was getest door een andere audicien (die volgens de audioloog in de brief van 2 november 2023 juist de eerste hoortoestellen testte).

Omdat het niet uitgesloten is dat na testen van een optimaal ingesteld vrije markt (buitencategorie) hoortoestel, een verzekerde het gevoel krijgt 'terug' te moeten wanneer hij of zij vervolgens een gecategoriseerd hoortoestel moet uitproberen, en naast objectieve meetresultaten ook altijd een subjectieve component aanwezig is, is het altijd van belang het Hoorprotocol te volgen, namelijk het testen van twee gecategoriseerde hoortoestellen, alvorens over te gaan op een vrije markt hoortoestel. Dit is in geval van verzoeker niet goed gegaan.

Informatie hierover van de audiciens ontbreekt in het dossier. Een audicien hoort op de hoogte te zijn van de procedure van het aanvragen van buitencategorie hoortoestellen.

Uit de door verzoeker gegeven informatie maakt het Zorginstituut op dat de betreffende audicien ervoor heeft gekozen af te wijken van het Hoorprotocol en [dat] direct na de eerste proefperiode een buitencategorie hoortoestel is aangeboden. Dit is niet de juiste procedure. Zoals hiervoor beschreven, kunnen audiciens immers een voorkeur hebben voor specifieke typen of merken hoortoestellen, waardoor niet alle (gecategoriseerde) hoortoestellen in het assortiment zijn opgenomen. Dat betekent niet dat in dit geval verzoeker niet zou uitkomen met een gecategoriseerd hoortoestel van een ander type of merk, die de audiciens mogelijk niet in zijn of haar assortiment heeft.

Uit de voorliggende informatie is te concluderen dat niet is gebleken dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database. Los van de vraag of op basis van het gehooronderzoek en de Amsterdamse Vragenlijst wordt uitgekomen op een categorie 4 of categorie 5 hoortoestel, maakt het feit dat direct na de proefperiode met een gecategoriseerd hoortoestel werd overgegaan op een vrije markt (buitencategorie) hoortoestel, dat onvoldoende blijkt dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database. Hierbij wil het Zorginstituut meegeven dat vergoeding niet heeft plaatsgevonden wegens het kennelijk niet correct volgen van het Hoorprotocol door de audiciens, en dat dit niet is te wijten aan verzoeker.

Uit het dossier volgt verder dat als verweerder niet is gehouden om een vergoeding toe te kennen voor de twee buitencategorie hoortoestellen van het type Oticon Real 1, verzoeker vergoeding vordert van de kosten van een Sennheiser audio transmitter en twee AirPods Pro 2 op grond van de aanvullende verzekering. Hierover merkt het Zorginstituut op dat zijn adviesbevoegdheid zich niet strekt tot de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering.

Conclusie

Omdat de procedure niet is gevolgd zoals vastgelegd in het Hoorprotocol, kan het Zorginstituut zich vinden in de afwijzing van de vergoeding voor de buitencategorie hoortoestellen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Er is niet gebleken dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database."

- 6.2. In het definitief advies van 31 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Hoorzittingsverslag en aanvullende informatie

Het Zorginstituut heeft het verslag van de hoorzitting en aanvullende informatie ontvangen. De aanvullende stukken betreffen ook correspondentie tussen verzoeker en de SKGZ en met het Zorginstituut.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag in geschil is of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een hoortoestel buiten de hoortoestellendatabase.

In het voorlopig advies concludeerde het Zorginstituut dat het zich kon vinden in de afwijzing van de vergoeding voor de buitencategorie hoortoestellen omdat de procedure zoals vastgelegd in het Hoorprotocol niet is gevolgd. Het Zorginstituut adviseerde vervolgens, op basis van de beschikbare informatie in het dossier, dat niet is gebleken dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database.

Het is niet uitgesloten [is] dat na testen van een optimaal ingesteld vrije markt hoortoestel, een verzekerde het gevoel krijgt 'terug' te moeten wanneer hij of zij vervolgens een gecategoriseerd hoortoestel moet uitproberen. Daarnaast zijn bij objectieve meetresultaten ook altijd een subjectieve component aanwezig. Daarom is het altijd van belang het Hoorprotocol te volgen. Dit houdt in het testen van twee gecategoriseerde hoortoestellen, alvorens over te gaan op een vrije markt hoortoestel.

In geval van verzoeker is het Hoorprotocol niet gevolgd, in die zin dat er geen twee hoortoestellen uit de database zijn uitgeprobeerd vóórdat het vrije markt hoortoestel werd aangeboden. Verzoeker is - blijkens de beschikbare informatie in het dossier - na het eerste hoortoestel naar een Audiologisch Centrum gegaan. Informatie van de audicien(s) over de proefperiode en over de reden van verwijzing naar het Audiologisch Centrum ontbreekt in de aan het Zorginstituut gestuurde informatie.

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies aangegeven dat vergoeding niet heeft plaatsgevonden wegens het kennelijk niet correct volgen van het Hoorprotocol door de audicien, en dat dit niet is te wijten aan verzoeker.

In de - via Woo-verzoek ook naar verzoeker gestuurde - oorspronkelijke tekst is dit scherper verwoord, namelijk "Opgemerkt moet worden dat een verzekerde hierbij niet de dupe mag zijn indien de procedure niet correct is geweest buiten diens toedoen". Omdat informatie van de audicien(s) over de gang van zaken ontbreekt heeft het Zorginstituut hier verder geen uitspraak over gedaan.

Omdat de procedure niet is gevolgd zoals vastgelegd in het Hoorprotocol, kon en kan het Zorginstituut zich vinden in de reden van verweerder voor afwijzing van de vergoeding voor de buitencategorie hoortoestellen. Met de conclusie en het voorlopig advies van het Zorginstituut dat 'er niet is gebleken dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database', is niet gezegd dat 'er is gebleken dat verzoeker uitkomt met een hoortoestel uit de database'. In feite is dit op grond van het huidige dossier niet bekend.

Het Zorginstituut adviseert aan de commissie om bij diens bindend advies, naast het bovenstaande, de volgende procedurele en inhoudelijke punten in overweging te nemen:

- Het Hoorprotocol is niet correct gevolgd en de vraag is of dit verwijtbaar is aan verzoeker. In zijn pleitnota geeft verzoeker aan dat de audicien heeft verzuimd om hem een tweede hoortoestel uit de database te laten testen;
- Het is niet bekend wat de reden van de audicien is geweest voor een proefperiode met slechts één type hoortoestel uit de database en waarom vervolgens direct op een vrije markt hoortoestel werd overgegaan;
- Verzoeker heeft uiteindelijk wel twee hoortoestellen uit de database geprobeerd en er is een onderbouwing van de aanvraag door de klinisch fysicus-audioloog van het audiologisch centrum;
- Voor het verstaan van spraak in rumoerige omgevingen zijn de resultaten van een spraak-in-ruis-test van belang. In de brieven van de klinisch fysicus-audioloog onderbouwt deze de aanvraag: Uit de afgenomen spraak-in-ruis-test volgt dat de Oticon Zircon 1 het gunstigste resultaat laat zien op onderdeel 3, zinnen in continue ruis (70 dB), namelijk -4,2 versus -2,2 bij de Oticon Real 1 (lager betekent gunstiger) en op onderdeel 4, zinnen in fluctuerende ruis (70 dB) scoort de Oticon Real beter, namelijk -6,6 versus -1,8 bij de Oticon Zircon 1. De klinisch fysicus-audioloog van het Audiologisch Centrum geeft hierbij in zijn motivering aan dat bij onderdeel 4 de Oticon Real 1 beter scoort dan de andere twee hoortoestellen en dat dit onderdeel, zinnen in fluctuerende ruis, de praktijk het beste benadert.

Uit de informatie van de klinisch fysicus-audioloog is op te maken dat het in geschil zijnde hoortoestel (Oticon Real 1) in ieder geval voldoet voor verzoeker. In het voorlopig advies gaf het Zorginstituut aan dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet is gebleken dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database. Dit impliceert niet dat er gebleken is dat verzoeker uit zou komen met een hoortoestel uit de database. Omdat na de eerste proefpassing kennelijk direct een vrije markt hoortoestel werd aangeboden is niet meer te achterhalen of een proefpassing met een tweede, goed ingesteld, gecategoriseerd boortoestel zou slagen. Wat de rol van de audicien(s) hierin is geweest is niet duidelijk.

In feite blijft het antwoord op de vraag of verzoeker uitkomt met een hoortoestel uit de database op basis van de beschikbare informatie onbeantwoord. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut niet concluderen dat verzoeker niet uit zou komen met een hoortoestel uit de database, maar ook niet concluderen dat verzoeker wél uit kan komen met een hoortoestel uit de database.

Conclusie en Advies

Omdat niet bekend is wat de reden van de audicien is geweest om bij verzoeker slechts één type hoortoestel uit de database uit te proberen en daarna direct op een vrije markt hoortoestel over te gaan, blijft de vraag of verzoeker uitkomt met een hoortoestel uit de database - op basis van de beschikbare informatie - onbeantwoord.

Het Zorginstituut adviseert de commissie om in diens overwegingen rekening te houden met de in het advies genoemde punten.

Toelichting op pleitnota en hoorzittingsverslag

Hieronder geeft het Zorginstituut een reactie/ toelichting op de in de pleitnota en tijdens de hoorzitting ingebrachte punten van verzoeker.

Ingaand op de pleitnota, door verzoeker op 25 maart 2024 aan de SKGZ gestuurd, en het hoorzittingsverslag van 27 maart 2024 het volgende:

Hoortoestellen categorieën 3, 4 of 5

In de pleitnota schrijft verzoeker 'Het Zorginstituut heeft door het conceptadvies op een slinkse manier zodanig vorm gegeven dat het net lijkt dat het ONVZ een juridisch juiste voor beroep vatbare beslissing heeft verzonden, maar in werkelijkheid alleen maar nonsense bevat. 'Verder is in de pleitnota een e-mail van verweerder van 16 november 2023 opgenomen. Hierin staat dat de voor verzoeker geïndiceerde categorie 5 zoals deze is vastgesteld door de audicien, niet overeenkomt met de ingevulde Hoorvragenlijst. Volgens de beoordeling van verweerder zou verzoeker op basis van de Hoorvragenlijst aangewezen zijn op hoortoestellen in categorie 3 of 4. In de pleitnota geeft verzoeker aan dat dit tot zijn verbazing door het Zorginstituut in het voorlopig advies is opgenomen, terwijl dit instituut wel degelijk zou weten dat dit volstrekt onjuist is. Categorie 5 is de eerste keer op 21 juni 2023 door de klinisch-fysicus audioloog van het Audiologisch Centrum en later door twee verschillende audiciens geconcludeerd. Tijdens de hoorzitting geeft verzoeker aan dat deze passage niet alleen beledigend maar juridisch ook onjuist is. Volgens verzoeker kan een zorgverzekeraar niet enkel en alleen op basis van een vragenlijst, die bovendien sterk ter discussie staat, besluiten dat een verzekerde is aangewezen op een hoortoestel uit een bepaalde categorie.

Toelichting Zorginstituut

Op basis van de wet- en regelgeving dient het Zorginstituut onafhankelijk te adviseren aan de SKGZ.

Met betrekking tot de hoortoestellen uit de categorieën 3, 4 en 5 is het Zorginstituut in zijn voorlopig advies in het geheel niet ingegaan op dit onderdeel van de brief van verweerder.

De hoorvragenlijst is onderdeel van het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0. Audiciens dienen te werken volgens dit Hoorprotocol. In dit protocol is ook aangegeven dat de hoorvragenlijst alléén, opzichzelfstaand, niet doorslaggevend is.

In het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0 staat hierover onder meer het volgende: 'De HOORvragenlijst geeft een betrouwbaar beeld van de beperkingen in een aantal algemene maar vaste situaties. Voor de individuele cliënt kunnen algemene situaties minder relevant zijn en kan de zorgvraag bestaan uit eisen en wensen tot verbetering in zeer specifieke situaties voor betrokkene. Deze worden in kaart gebracht door de audicien in een gesprek volgens de COSI methode. De individuele zorgvraag bepaalt mede de compensatiebehoefte van de cliënt en daarmee de gewenste of noodzakelijk complexiteit van het hoorhulpmiddel.'

Bijzondere individuele zorgvraag / extra zorgvraag

In de pleitnota arceerde verzoeker van artikel 2.10 van de Rzv de volgende zin: "3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag."

Toelichting Zorginstituut

De door verzoeker gearceerde zin is de letterlijke tekst uit het derde lid van artikel 2.10 van de Rzv. In het eerste lid van artikel 2.10 is als indicatievoorwaarde gesteld dat er een gehoorverlies moet zijn van minimaal 35 dB. Met de in het derde lid genoemde 'bijzondere individuele zorgvraag' wordt bedoeld dat wanneer een verzekerde niet voldoet aan de indicatievoorwaarden die in het eerste lid genoemd zijn (dus als een verzekerde een gehoorverlies heeft van minder dan 35 dB), dat er een bijzondere individuele reden (bijzondere individuele zorgvraag) kan zijn waardoor ondanks een gehoorverlies van minder dan 35 dB toch een hoortoestel geïndiceerd kan zijn.

Dit is iets anders dan de 'extra zorgvraag' c.q. 'extra zorgaanvraag' in het kader van een aanvraag van een hoortoestel buiten de geïndiceerde categorie binnen de hoortoestelendatabase, die genoemd wordt in het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0.

Deze 'extra zorgvraag' is van toepassing in dit geschil. Verzoeker heeft immers een gehoorverlies aan het rechteroor van 37 dB en links 35 dB, en voldoet daarmee aan de in artikel 2.10, eerste lid, van de Rzv gestelde indicatievoorwaarde voor een hoortoestel. De bijzondere individuele zorgvraag uit artikel 2.10, derde lid, van de Rzv is ingeval van verzoeker derhalve niet van toepassing.

Voor wat betreft de keuze van het hoortoestel wordt uitgegaan van de 'zorgvraag' zoals die in het Hoorprotocol (Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0) is beschreven.

Eerste en aanvullende aanvraag klinisch fysicus-audioloog

In de pleitnota geeft verzoeker aan dat de audioloog een aanvullende bijzondere aanvraag met alle testgegevens heeft ingediend op 2 november 2023 en op dat moment voldeed verzoeker dus aan de voorwaarde om minstens twee basiscategorie hoortoestellen te hebben getest. Verweerder en het Zorginstituut passen volgens verzoeker klaarblijkelijk zelf het huidige beleid niet toe. Tijdens de hoorzitting geeft verzoeker aan dat in het Hoorprotocol niet de volgorde staat beschreven, dat wil zeggen eerst twee toestellen uit de geïndiceerde categorie proberen en vervolgens pas het toestel uit de buitencategorie.

Toelichting Zorginstituut

Dat twee hoortoestellen moeten zijn uitgeprobeerd alvorens in aanmerking te kunnen komen voor een niet-gecategoriseerd hoortoestel volgt uit het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0. In het Hoorprotocol wordt aangegeven dat in geval van een niet-gecategoriseerd hoortoestel door de audicien of audioloog een adequate motivatie moet worden ingediend bij de zorgverzekeraar en zal de zorgverzekeraar tot vergoeding overgaan mits inhoudelijk akkoord en deze procedure is gevolgd. Bij het indienen van een 'extra zorgaanvraag' bij de zorgverzekeraar wordt vermeld met welke twee toestellen proeven zijn gedaan binnen de geïndiceerde categorie en op basis van welke argumenten deze cliënt daarmee niet uit de voeten kan en wel met een niet-gecategoriseerd

hoortoestel. De volgorde staat in het Hoorprotocol niet expliciet beschreven. Het ligt voor de hand dat proefperiodes met gecategoriseerde hoortoestellen aan deze 'extra zorgaanvraag' voorafgaan.

Opgevraagde stukken Woo-verzoek, aanvullende documenten

In de pleitnota geeft verzoeker aan dat de e-mail van 18 maart 2024 van de manager van het betreffende team van het Zorginstituut aan verzoeker niet klopt met de inhoud van het antwoord op zijn Woo-verzoek en dat er stukken zouden ontbreken.

Toelichting Zorginstituut

In antwoord op het Woo-verzoek zijn naar verzoeker alle, ook onderliggende, stukken gestuurd met betrekking tot het voorlopig advies van het Zorginstituut aan de SKGZ.

De in de mail genoemde betrokken 'wet- en regelgeving, beleid en standpunten', betreffen in dit geschil:

- Wet- en regelgeving, namelijk artikel 2.6, onderdeel c, in combinatie met artikel 2.10 van de Rzv;
- Beleid, namelijk het voor de verstrekking van hoorhulpmiddelen door veldpartijen opgestelde Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0.

Relevante documentatie, die ook naar verzoeker zijn toegestuurd, betreffen dan ook de Regeling zorgverzekering en het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0. Dit zijn openbare stukken en om die reden niet in het dossier aanwezig. De regelgeving is onder meer te vinden via wetten.overheid.nl, en het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0 is op diverse openbare websites te vinden en ook ingebracht door verzoeker ten behoeve van de hoorzitting.

Het vigerende beleid wat betreft de verstrekking van hoorhulpmiddelen vanuit de basisverzekering anno 2023 en 2024 houdt in dat zorgverzekeraars, audiciens en audiologische centra het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0 dienen te volgen.

Verzoeker geeft aan dat het Zorginstituut ook andere documenten had moeten betrekken.

Verzoeker heeft bij de aanvullende informatie de volgende documenten meegestuurd:

- Document Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0 (juli 2020);
- Powerpointpresentatie 'Functionele aanspraak op gehoorhulpmiddelen' door Bert van Zanten namens UMC, Stichting Pact, Hoormij, met hierin een verwijzing naar 'BRIDGE- Pilot, Eindrapportage van een pilotonderzoek naar de werking van het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0', in 2016 uitgevoerd door de Stichting PACT in opdracht van de Stuurgroep Hoorprotocol van ZN;
- Document 'Veldnorm hoortoestelverstrekking 2013, voorwaarden voor kwaliteit' (Fenac, FOSS, GAIN, Nationale Hoorstichting, NVvA, NVKNO, NVvS);
- Document 'Zorg bij de audiciens voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid', rapport van Zorgvuldig Advies en Panaxea in opdracht van Zorginstituut Nederland, 12-8-2021.

Verder noemt verzoeker in de pleitnota het rapport 'Functioneren van het Protocol Hoorzorg' van Stichting Pact (2015, in opdracht van het Zorginstituut).

In de ook in het dossier aanwezige correspondentie aan de SKGZ noemt verzoeker 'BRIDGE-pilot op het hoorprotocol 2.0'. Dit document is niet bij de voorliggende stukken aanwezig, maar waarschijnlijk doelt verzoeker op het in de PowerPointpresentatie genoemde rapport 'BRIDGE-Pilot, Eindrapportage van een pilotonderzoek naar de werking van het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0'. Dit is een in 2016 door Stichting PACT uitgevoerd onderzoek in opdracht van de Stuurgroep Hoorprotocol van ZN (Zorgverzekeraars Nederland, en niet door het Zorginstituut, zoals in de pleitnota mogelijk lijkt te worden gesuggereerd).

De meest recente versie van het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0 is van juli 2020, dus van na het verschijnen van de onderzoeken uit 2015 en 2016. Over het onderzoek 'Zorg bij de audiciens voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid' uit 2021, zie verder, onder de kop 'Knelpunten in de zorg voor slechthorenden'.

De door verzoeker genoemde documenten zijn bij het Zorginstituut bekend. Zoals hierboven aangegeven geldt voor de verstrekking van hoortoestellen vanuit de basisverzekering op dit moment het beleid dat zorgverzekeraars, audiciens en audilogische centra het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0 volgen.

Knelpunten in de zorg voor slechthorenden

Verzoeker noemt het op verzoek van het Zorginstituut uitgevoerde onderzoek, uitmondend in het rapport 'Zorg bij de audiciens voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid' uit 2021.

Toelichting Zorginstituut

Juist omdat knelpunten in de zorg voor slechthorenden (ook) bij het Zorginstituut bekend zijn, heeft het Zorginstituut in het kader van het programma 'Zinnige Zorg' onderzoek uitgezet, wat onder andere resulteerde in het genoemde en door verzoeker ook aangedragen rapport uit 2021 'Zorg bij de audiciens voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid' van Zorgvuldig Advies en Panaxea. Dit rapport is gebruikt bij het opstellen van het zogeheten 'Verbetersignalement'. Dit Verbetersignalement 'Perceptieve slechthorendheid bij volwassenen - Onderweg naar passende hoorzorg' is opgesteld in samenwerking met de verantwoordelijke partijen uit de zorg voor mensen met perceptieve slechthorendheid (patiëntenorganisatie, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) en is in december 2023 uitgebracht.

Ook de procedure omtrent de 'extra zorgvraag' met betrekking tot niet-gecategoriseerde hoortoestellen is in dit signalement opgenomen. Overigens heeft de NVKF (beroepsvereniging voor klinische fysica / klinisch fysicusaudiologen) zelf in reactie op de schriftelijke consultatie opgemerkt dat de eigenschappen van de buitencategorie toestellen niet bewezen beter zijn dan die van de binnencategorie toestellen. Het Zorginstituut heeft hierop aangegeven dat het desondanks in individuele gevallen kan voorkomen dat een vrijemarkt hoortoestel passend kan zijn."

- 6.3. Bij brief van 10 juni 2024 heeft het Zorginstituut de commissie een hersteld definitief advies gestuurd. In de brief van 13 juni 2024 heeft het Zorginstituut desgevraagd uitgelegd wat hiervan de reden is geweest.

"Hierbij ontvangt u een hersteld definitief advies in verband met een feitelijke onjuistheid in de 'Toelichting op pleitnota en hoorzittingsverslag'.

De feitelijke onjuistheid betreft de volgende zin onder 'Opgevraagde stukken Woo-verzoek, aanvullende documenten':

'Relevante documentatie, die ook naar verzoeker zijn toegestuurd, betreffen dan ook de Regeling zorgverzekering en het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0.'

Het Zorginstituut heeft om die reden de zin gecorrigeerd naar:

'Relevante documentatie, die niet naar verzoeker is toegestuurd, betreft de Regeling zorgverzekering en het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0.'

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels en vergoedingen.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg, met name hoortoestellen, en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.

Zorgverzekering

- 8.2. De commissie overweegt dat voor de aanspraak op (vergoeding van) hoortoestellen een hoortoestellendatabase is ontwikkeld. Hierin zijn hoortoestellen opgenomen die voor verstrekking of vergoeding 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 op pagina 198 en volgende van de voorwaarden van de zorgverzekering en het document 'Basisregels Hulpmiddelen 2023'. In de voorwaarden (Algemene regels en Vergoedingen 2023) is op pagina 312 bepaald dat de ziektekostenverzekeraar hoorhulpmiddelen alleen vergoedt als de audicien werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0 (hierna: het protocol).
- 8.3. Het 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 - zoals het Zorginstituut stelt - 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. Verzoeker heeft met betrekking tot het protocol gesteld dat dit geen juridische status heeft.
- De commissie passeert deze stelling nu het protocol wordt beschouwd als een algemeen aanvaarde veldnorm. In de voorwaarden van de zorgverzekering is, als gezegd, vermeld dat de audicien dient te werken volgens dit protocol en daarmee vormt dit onderdeel van de verzekeringsovereenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoeker. Dat in het protocol geen volgorde is aangegeven is juist, maar dat eerst hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie worden geprobeerd en dat daarna pas verwijzing naar een audiologisch centrum plaatsvindt is, zoals het Zorginstituut heeft toegelicht, voor de hand liggend. De 'extra zorgvraag' vormt immers de uitzondering en niet de regel.
- Waar het gaat om de duur van de proefperiode geldt dat deze in ieder geval voldoende lang moet zijn om te kunnen vaststellen of betrokkene uit kan met een hoortoestel van de binnencategorie dan wel dat nog een alternatief moet worden geprobeerd, en als ook het alternatief geen uitkomst biedt, dat mogelijk sprake is van een 'extra zorgvraag' waarnaar verder onderzoek door een audiologisch centrum nodig is. De commissie volgt dan ook niet de suggestie van verzoeker dat het hierbij zou gaan om een formaliteit, omdat hij al beschikt over voor hem passende buitencategorie hoortoestellen. Met betrekking tot deze hoortoestellen geldt het volgende.
- 8.4. De door verzoeker gewenste hoortoestellen van het type Oticon Real 1 zijn niet opgenomen in de categorieën 1 tot en met 5 van de hoortoestellendatabase. Zoals hiervoor al uiteengezet, bestaat pas aanspraak op buitencategorie toestellen als vaststaat dat betrokkene niet kan uitkomen met een hoortoestel dat wél in één van de categorieën van de database is opgenomen. Dit dient dan te worden onderbouwd door een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum.

De commissie stelt vast dat de in het protocol beschreven procedure door (de audicien van) verzoeker niet is gevolgd. Anders dan in het protocol is beschreven, heeft verzoeker eerst een bezoek gebracht aan het audiologisch centrum en pas nadien twee hoortoestellen categorie 5 geprobeerd. Daar komt bij dat verzoeker na de proefperiode met de hoortoestellen van het type Oticon Zircon 1 (categorie 5) direct de hoortoestellen van het type Oticon Real 1 (buitencategorie) is gaan proberen. Of de afstelling van de hoortoestellen van het type Oticon Zircon 1 tussendoor nog is aangepast, waardoor minder ruis optreedt, is niet gebleken. Evenmin blijkt uit de overgelegde stukken met welke reden is besloten af te wijken van het protocol door aansluitend op de proefperiode geen ander hoortoestel uit categorie 5 te proberen. De stelling van verzoeker dat de audicien hier "het nut niet van inziet" kan in dit verband niet overtuigen en doet afbreuk aan hetgeen in het protocol is neergelegd.

Weliswaar zou verzoeker nadien nog hoortoestellen van het type Conselgo Mojo M5 (categorie 5) van een andere audicien hebben geprobeerd - hierover bestaat onduidelijkheid - maar dit neemt niet weg dat de juiste volgorde niet is gevolgd, nog daargelaten dat onvoldoende is onderbouwd waarom deze hoortoestellen eveneens niet voldoen. Het enkele argument dat de hoortoestellen een mindere kwaliteit hebben en meer ruis geven, is zonder verder toelichting, die ontbreekt, niet afdoende om te kunnen concluderen dat verzoeker niet kan uitkomen met een hoortoestel uit de categorieën 1 tot en met 5. De overgelegde verklaring van het audiologisch centrum van 2 november 2023 brengt hierin geen verandering, omdat in deze verklaring alleen wordt geconcludeerd dat verzoeker meer baat heeft bij hoortoestellen uit de buitencategorie. In de betreffende verklaring wordt gesteld noch gemotiveerd dat bij verzoeker sprake is van een 'extra zorgvraag' en dat verzoeker niet uit kan met een hoortoestel uit de categorieën 1 tot en met 5.

- 8.5. De commissie concludeert dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij redelijkerwijs is aangewezen op de in het geding zijnde buitencategorie hoortoestellen. De commissie heeft er goede nota van genomen dat het Zorginstituut in het voorlopig advies heeft opgemerkt dat het kennelijk niet correct volgen van het protocol door de audicien verzoeker niet valt te verwijten. Toch kan dit niet tot toewijzing van het verzoek leiden. Verzoeker beschikte immers over de verzekeringsvoorwaarden en was aan de hand daarvan bekend met het bestaan en het van toepassing zijn van het protocol. Op verschillende momenten heeft hij ook geprobeerd - alsnog - te voldoen aan de hierin beschreven procedure. Daarnaast is het de commissie - ook na vragen dienaangaande aan verzoeker ter zitting - nog altijd onduidelijk op welke wijze het 'proberen' van de respectieve hoortoestellen in zijn werk is gegaan. In dat verband is door verzoeker geen helderheid verschaft over de vraag welke audicien welke hoortoestellen voor de proefperiode heeft geleverd en wie van hen verzoeker heeft verwezen naar het audiologisch centrum en met welke reden. Onder deze omstandigheden kan niet worden vastgesteld dat het feit dat het protocol niet correct is gevolgd geheel buiten verzoeker om is gebeurd, waarbij verder in het midden kan blijven wat precies zijn rol in dat verband is geweest. Het vorenstaande voert tot de conclusie dat verzoeker niet in aanmerking komt voor (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de Oticon Real 1-hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt op grond van het bepaalde op pagina 310 dekking voor de wettelijke eigen bijdrage voor hoortoestellen die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Zoals hiervoor is overwogen, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de Oticon Real 1 hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering. Daarmee is ook bedoelde wettelijke eigen bijdrage in zijn situatie niet van toepassing.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 juli 2024,

A.I.M. van Mierlo

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

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.

● Audiologische zorg

Ik hoor het gesprek wel, maar kan het niet goed verstaan. Herkenbaar?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Bij een audiologisch centrum
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Gehoorproblemen ontstaan geleidelijk, bijvoorbeeld door ouderdom. Of plotseling, door bijvoorbeeld ziekte. Als u uw gehoorprobleem als storend ervaart, kan de huisarts of een andere zorgverlener u verwijzen naar een audiologisch centrum.

In een audiologisch centrum werkt een team van specialisten op het gebied van gehoorproblemen en problemen die daarmee samenhangen, zoals spraakproblemen.

De basisverzekering vergoedt audiologische zorg door een audiologisch centrum. Daaronder valt:

- onderzoek naar uw gehoor
- advies over het kopen van een hoortoestel
- voorlichting over het gebruik van uw hoortoestel
- psychosociale zorg als u die nodig heeft door uw gehoorprobleem
- hulp bij het stellen van een diagnose bij taal- en spraakstoornissen voor kinderen

Heeft u hoorapparatuur nodig? Daarvoor geldt de vergoeding [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#).

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor audiologische zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor audiologische zorg geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar het audiologisch centrum gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een jeugdarts, specialist ouderengeneeskunde, kinderarts of KNO-arts.

● 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.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de audiologische zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

• Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders

Als u zelf niet meer goed kunt horen.

• Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Tot 18 jaar 100%, vanaf 18 jaar 75%
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 250 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen
Superfit	€ 1.000 Max. per kalenderjaar voor alle eigen bijdragen

Onze aanvullende verzekeringen hebben een maximale vergoeding voor eigen bijdragen. Dat bedrag staat hierboven. Deze vergoeding is voor alle eigen bijdragen¹ van hulpmiddelen en de meerkosten van een pruik samen.

• Wat u vergoed krijgt

Bij hoorhulpmiddelen zult u al snel aan hoortoestellen denken. Of aan tinnitusmaskeerders als u tinnitus heeft. We vergoeden hoortoestellen en tinnitusmaskeerders als u ernstig gehoorverlies heeft, of ernstig oorsuizen. Onder ernstig gehoorverlies verstaan wij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. Of u dit heeft, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Heeft u recht op een hoortoestel, maar gebruikt u liever een eenvoudige luisterhulp? Dan vergoeden wij deze luisterhulp.

Voldoet u niet aan de voorwaarde van gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij hoortoestellen, tinnitusmaskeerders en eenvoudige luisterhulpen toch. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

We hebben ook een handige [brochure](#) over hoortoestellen.

Hier kunt u terecht

- audicien

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij hoorproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hulpmiddelen bij problemen met horen](#)
- [Hulphonden](#) (signaalhonden)

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Andere audiologische zorg valt onder de vergoeding Audiologische zorg. Het gaat bijvoorbeeld om onderzoek naar uw gehoor en advies over een hoortoestel of het gebruik daarvan.

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplant worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

● Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

U betaalt soms een eigen bijdrage. Bij 'Details per hulpmiddel' staat voor welke hulpmiddelen dat geldt. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van de leverancier die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Staat uw leverancier in ons overzicht leveranciers hulpmiddelen? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Dat kan via het contactformulier of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

● Details per hulpmiddel

Hoortoestellen

Hulpmiddel waarmee u beter kunt horen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomsslechthorendheid² heeft u geen voorschrift nodig. U kunt direct naar uw audicien
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u mee: het voorschrift, een recent toon- en spraakaudiogram, een ingevulde Hoorvragenlijst, een tevredenheidsverklaring en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage. 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
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Oorstukjes

Dit zijn de onderdelen van het hoortoestel die u in uw oor draagt.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum. Bij ouderdomsslechthorendheid² heeft u geen voorschrift nodig. U kunt direct naar uw audicien
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage
- de minimale gebruikstermijn is 24 maanden. Bent u jonger dan 16 jaar, dan is de minimale gebruikstermijn 6 maanden

Tinnitusmaskeerder

Hulpmiddel dat een ruisgeluid maakt, zodat u minder last heeft van oorsuizen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- als u 18 jaar of ouder bent, betaalt u 25% van de aanschafkosten zelf. Dat is de eigen bijdrage. Het gaat om de aanschafkosten van de tinnitusmaskeerder waar u recht op heeft volgens het hoorprotocol. Wilt u een tinnitusmaskeerder uit een hogere categorie? Dan vergoeden wij maximaal 75% van de kosten van de tinnitusmaskeerder uit de categorie waar u recht op heeft. Het meerdere betaalt u zelf
- de minimale gebruikstermijn is 5 jaar

Eenvoudige luisterhulpmiddelen

Eenvoudig hulpmiddel om goed een gesprek te kunnen voeren. Bijvoorbeeld als u nog geen hoortoestel kunt of wilt dragen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

● Goed om te weten

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uw audicien moet aan het Hoorprotocol voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0. Uw audicien kan u daar meer over vertellen.

Uitleg

1. Eigen bijdragen: Eigen bijdragen gelden voor: orthopedische en allergeenvrije schoenen, hoortoestellen en tinnitusmaskeerders, brillenglazen en lenzen bij medische indicatie
2. Ouderdomsslechthorendheid: Als u 67 of ouder bent en slecht hoort

● Hulpmiddelen bij problemen met horen

Als u niet meer goed kunt horen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Bij hoorhulpmiddelen zult u al snel aan hoortoestellen denken. Maar er zijn veel meer hoorhulpmiddelen. Deze helpen u bijvoorbeeld bij het gebruik van uw mobiele telefoon, of het kijken naar tv. Of ze waarschuwen u als er een alarm in huis afgaat. Hieronder leggen we uit welke hulpmiddelen wij vergoeden.

Heeft u ernstig gehoorverlies, of ernstig oorsuizen en gebruikt u een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp? Maar kunt u daarmee nog niet goed horen, of apparatuur voor communicatie nog niet goed gebruiken? Dan vergoeden wij hulpmiddelen die dit verbeteren, zoals FM-apparatuur, een ringleiding of waarschuwingssystemen. Bij 'Details per hulpmiddel' staan de hulpmiddelen die onder deze omschrijving vallen. Wij vergoeden deze hulpmiddelen ook in plaats van een hoortoestel, tinnitusmaskeerder of eenvoudige luisterhulp.

Onder ernstig gehoorverlies verstaan wij een verlies van 35 dB (decibel) of meer. Of dit zo is, stelt de audicien vast door uw gehoorverlies bij 1.000, 2.000 en 4.000 Hz (hertz) te meten en daar het gemiddelde van te nemen.

Voldoet u niet aan de voorwaarde van ernstig gehoorverlies of ernstig oorsuizen? In bijzondere situaties vergoeden wij toch hulpmiddelen waarmee u beter kunt horen. We noemen dat dan een bijzondere persoonlijke zorgvraag.

Bent u slechthorend en heeft u een hulpmiddel nodig op uw werk of in het onderwijs? Dan vergoeden wij sommige hulpmiddelen om uw werkplek aan te passen. Het gaat om apparatuur die aan de volgende 3 eisen voldoet:

1. de apparatuur is een aanvulling op het hoortoestel of trilmechanisme dat u al heeft en is voor u persoonlijk bedoeld, en
2. de apparatuur is draadloos verbonden met uw hoortoestel of trilmechanisme, en
3. de apparatuur is nodig om uw werk te kunnen doen of onderwijs te kunnen volgen

Hier kunt u terecht

- audicien
- leverancier van hoorhulpmiddelen

Andere vergoedingen

Er zijn ook andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij hoorproblemen. Die vallen onder de volgende vergoedingen:

- [Hoortoestellen en tinnitusmaskeerders](#)
- [Hulphonden](#) (signaalhonden)

Andere audiologische zorg valt onder de vergoeding [Audiologische zorg](#). Het gaat bijvoorbeeld om onderzoek naar uw gehoor en advies over een hoortoestel of het gebruik daarvan.

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Hoorhulpmiddelen die (deels) bij u geïmplant worden, vallen onder de vergoeding Medisch specialist.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze hulpmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor deze hulpmiddelen geldt het eigen risico. Behalve als u het hulpmiddel in bruikleen krijgt. Bij 'Details per hulpmiddel' staat bij welke hulpmiddelen dat zo is. Zo werkt het eigen risico

● Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift hebben

Bij 'Details per hulpmiddel' staat van welke zorgverlener u het voorschrift krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van de leverancier die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Staat uw leverancier in ons overzicht leveranciers hulpmiddelen? Dan hoeft u niets te doen. Met die leveranciers hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw leverancier er niet bij? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen. Dat kan via het contactformulier of per post. Bij 'Details per hulpmiddel' staat wat u meestuurt. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij het hulpmiddel van deze leverancier niet.

● Details per hulpmiddel

Ringleiding, FM-apparatuur of infraroodapparatuur

Hulpmiddel dat het geluid van apparatuur draadloos overbrengt op uw hoortoestel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u heeft geen voorschrift nodig. U kunt direct naar uw audicien
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u een offerte mee van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt
- de minimale gebruiksstermijn is 5 jaar

Teksttelefoon en beeldtelefoon

Hulpmiddel dat geluid omzet in tekst en beeld.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt niet, omdat u dit hulpmiddel in bruikleen krijgt

Wek- en waarschuwingsapparatuur

Hulpmiddel dat het geluid van bijvoorbeeld de deurbel, telefoon of rookmelder omzet in licht- en trilsignalen.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

Vergoedingen hulpmiddelen basisverzekering

Soloapparatuur en wat daarbij hoort

Hulpmiddel dat het geluid van de spreker doorzet naar uw hoortoestel.

Voor dit hulpmiddel geldt:

- u moet een voorschrift hebben van de KNO-arts of een audiologisch centrum
- u moet vooraf toestemming van ons hebben. Met uw aanvraag stuurt u het voorschrift mee en een offerte van de leverancier
- het eigen risico geldt, omdat u dit hulpmiddel in eigendom krijgt

● **Goed om te weten**

Deze vergoeding is onderdeel van de algemene vergoeding Hulpmiddelen

Wat daar staat, geldt ook hier. Bijvoorbeeld dat de basisregels hulpmiddelen van toepassing zijn, én de algemene regels.

Uw audicien of leverancier moet aan het Hoorprotocol voldoen

Wij vergoeden hoorhulpmiddelen alleen als uw audicien of andere leverancier werkt volgens het actuele Hoorprotocol 2.0. Uw audicien of leverancier kan u daar meer over vertellen.