

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, buitencategorie, substitutie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv
Zaaknummer : 202201406
Zittingsdatum : 1 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief en e-mailbericht van 14 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld en waarover beide partijen de beschikking hebben.
- 2.2. Bij brief van 23 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 december 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 januari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023000030) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 januari 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 maart 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting is verzoeker door de commissie in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie over te leggen. Dit betreft (i) een door de audicien opgestelde onderbouwing waaruit blijkt in welke categorie verzoeker is ingedeeld, en (ii) twee eerder door de audicien gemaakte audiogrammen. Bij e-mailberichten van 12 maart 2023 en 20 april 2023 heeft verzoeker de commissie de gevraagde informatie toegestuurd. Een kopie van de ontvangen informatie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Daarbij is de ziektekostenverzekeraar verzocht om, op basis hiervan, te onderzoeken of een substitutievergoeding mogelijk is. Bij brief van 8 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is aan verzoeker gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 14 mei 2023 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting, alsmede afschriften van de stukken van 12 maart 2023, 20 april 2023, 8 mei 2023 en 14 mei 2023, zijn op 16 mei 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 januari 2023 aanpassing behoeft.
Bij brief van 15 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 juni 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 16 juni 2023 heeft verzoeker van

de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Aanvullend en OHRA Tandengaat 250 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 6 januari 2022 heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd voor de aanschaf van twee Phonak Marvel Paradise 90-R hoortoestellen bij een niet-gecontracteerde audicien. Bij brief van 28 februari 2022 heeft verzoeker aanvullende informatie verstrekt. De ziektekostenverzekeraar reageerde bij brief van 18 maart 2022 afwijzend op het verzoek.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierna nogmaals om aandacht voor de kwestie gevraagd, waarna op 4 april 2022 door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar contact met verzoeker is opgenomen. Bij e-mailbericht van 5 april 2022 bevestigde de ziektekostenverzekeraar hetgeen was besproken en wees hij verzoeker op de mogelijkheid een heroverweging te vragen. Verzoeker heeft hiervan gebruik gemaakt, waarna de ziektekostenverzekeraar hem op 9 mei 2022 per e-mail meedeelde de afwijzende beslissing te handhaven. Bij e-mailbericht van 10 mei 2022 vroeg verzoeker opnieuw hem tegemoet te komen. De ziektekostenverzekeraar reageerde hierop bij brief van 25 mei 2022 afwijzend. Tussenkomen door de Ombudsman Zorgverzekeringen leidde vervolgens niet tot een andere uitkomst.
- 3.4. Bij brief van 30 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 15 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 16 juni 2023 op het definitieve advies gereageerd.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar, onder aanbieding van excuses wegens de vertraging bij de afhandeling, is gehouden de kosten van de oplaadbare Phonak Marvel Paradise 90-R hoortoestellen, ten bedrage van € 3.650,-, volledig te vergoeden, althans het bedrag te vergoeden dat zou zijn uitgekeerd indien hij hoortoestellen uit categorie 5 afgeleverd had gekregen.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker toegelicht dat hij op 41-jarige leeftijd op hoortoestellen werd aangewezen. Hij was toen verzekerd bij een andere zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar verleende aan hem een substitutievergoeding voor de door verzoeker aangeschafte buitencategorie hoortoestellen Phonak Virto B90. In augustus 2021 waren deze hoortoestellen vijf jaar oud en aan vervanging toe. Verzoeker stelt dat hij in dat kader is afgegaan op het oordeel van de niet-gecontracteerde audicien, waarbij hij al jarenlang klant is. Deze audicien achtte het proberen van hoortoestellen uit de categorieën 1 tot en met 5 niet zinvol, omdat verzoeker in zijn werk als zelfstandig registeraccountant te maken heeft met complexe luisteromgevingen. Minder geavanceerde hoortoestellen volstaan in dat kader niet. Verzoeker heeft buitencategorie 'in het oor'-toestellen geprobeerd, maar is uitgekomen bij de oplaadbare 'achter het oor'-toestellen Phonak Marvel Paradise 90-R. Deze hebben als bijkomend voordeel dat een streamingsverbinding kan worden gemaakt naar een laptop of telefoon.

- 4.3. Dat hij eerst een onderzoek zou moeten laten uitvoeren door een audiologisch centrum, volgt naar de mening van verzoeker niet uit het hoorprotocol. In de voorwaarden van de zorgverzekering staat duidelijk vermeld dat als iemand al in het bezit is van hoortoestellen, er dan geen bezoek hoeft te worden gebracht aan een audiologisch centrum. Daar komt bij dat de audicien gemotiveerd heeft aangegeven waarom niet kan worden uitgekomen met hoortoestellen uit voornoemde categorieën, zoals blijkt uit de brief van 31 mei 2022.
- Teneinde de visie van zijn audicien bevestigd te krijgen, heeft verzoeker zich ook gewend tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde audicien. Deze heeft verklaard te betwijfelen of categorie 5 hoortoestellen voor verzoeker toereikend zijn. De ziektekostenverzekeraar werpt verzoeker ten onrechte tegen dat in dit e-mailbericht (ook) staat dat hoortoestellen categorie 4 of 5 zouden kunnen worden geprobeerd. In zijn situatie is deze eis onzinnig, onredelijk en niet billijk. Door de ziektekostenverzekeraar wordt ten onrechte geen rekening gehouden met het feit dat verzoeker al buitencategorie hoortoestellen gebruikt. Tevens is zijn gehoor in de afgelopen jaren verder verslechterd. Dat hij ineens toe zou kunnen met minder geavanceerde toestellen ligt daarom niet in de rede.
- Verzoeker is bereid het protocol alsnog te doorlopen om de gemaakte 'fout' te herstellen, maar dit is hem door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. Hierdoor wordt hem, als slechthorende, de noodzakelijke zorg onthouden. Dat hierdoor kosten worden bespaard, vermag verzoeker niet in te zien. Daarbij is het niet de taak van een zorgverzekeraar een besparing te realiseren door zorg waarvan de noodzaak vast staat, niet te vergoeden.
- 4.4. Verder heeft verzoeker, onder verwijzing naar de Hulpmiddelen Monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit, gesteld dat sprake is van ongelijke behandeling, aangezien sommige zorgverzekeraars wél een substitutievergoeding verlenen bij aanschaf van buitencategorie hoortoestellen. Ook bij andere hulpmiddelen, zoals brillen, is bijbetaling mogelijk. Voorts heeft verzoeker aangetekend dat zijn zaak in de verschillende fases is behandeld door dezelfde medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Dit lijkt hem niet juist.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker, in aanvulling hierop, aangevoerd dat hij vanaf het eerste moment bij de ziektekostenverzekeraar heeft aangegeven dat hij, vanwege zijn werk als registeraccountant, hoortoestellen nodig heeft die ook goed werken in drukke ruimtes. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar om helemaal niets te vergoeden vindt verzoeker niet redelijk. Als hij namelijk had gekozen voor een hoortoestel van mindere kwaliteit, had de ziektekostenverzekeraar wél een vergoeding moeten verlenen. Het verzoek is dan ook te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval een gedeelte van de kosten moet vergoeden, namelijk tot het bedrag dat zou zijn betaald als was gekozen voor een hoortoestel uit categorie 5. Als de ziektekostenverzekeraar hiertoe zou besluiten ondervindt hij geen financieel nadeel, zoals ook volgt uit de Monitor Hulpmiddelenzorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard geen aanleiding te zien voor enige vergoeding. Het hoorprotocol gaat uit van stepped care. In dat verband had verzoeker eerst twee hoortoestellen uit de aangewezen categorieën moeten proberen. Binnen deze categorieën is voor nagenoeg iedere gebruiker een hoortoestel beschikbaar. Van de niet-gecategoriseerde toestellen zijn de mogelijkheden en functionaliteiten niet vastgesteld, zodat niet kan worden bepaald of zij doelmatig zijn. Daarbij is gebleken dat audiciens vaak te dure hoortoestellen voorschrijven. Verzoeker heeft gelijk dat uit het hoorprotocol 2022 volgt dat niet in alle gevallen onderzoek door een audiologisch centrum moet plaatsvinden. Het is dan echter wel vereist dat de audicien vooraf een deugdelijke onderbouwing levert. De ervaring leert dat een zodanige onderbouwing veelal ontbreekt, zo ook in dit geval. In de situatie van verzoeker wordt thans achteraf geconstrueerd waarom is afgezien van het proberen van twee hoortoestellen uit de aangewezen categorie.

Uit de informatie van de gecontracteerde audiciens blijkt dat er in categorie 5 voor verzoeker alternatieven bestonden, te weten de Starkey Livio 1600R en Oticon Zircon 1R, die hij had kunnen proberen.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat een gecontracteerde audicien de kosten van hoortoestellen rechtstreeks declareert. In dit geval is er een offerte uitgebracht waaruit blijkt dat de vergoeding € 0,- bedraagt.

Volgens de ziektekostenverzekeraar worden in de aangewezen categorieën van de database geregeld nieuwe hoortoestellen opgenomen, zodat het aanbod niet vergelijkbaar is met dat van vijf jaar geleden.

Omdat dit zou leiden tot een kleinere besparing op de zorgkosten en vanwege de precedentwerking, ziet de ziektekostenverzekeraar geen grond uit coulance een substitutievergoeding te verlenen. Dat een andere zorgverzekeraar wél de mogelijkheid kent van een zodanige vergoeding speelt in dit kader geen rol.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat om voor vergoeding van hoortoestellen in aanmerking te komen, het vereist is dat het hoorprotocol in acht wordt genomen. Het staat vast dat verzoeker bij de aanschaf van de hoortoestellen van het type Phonak Marvel Paradise 90-R niet het stappenplan van het protocol heeft gevolgd. Dat verzoeker is geïndiceerd voor een hoortoestel uit categorie 5 is niet gebleken. Om voor een hoortoestel uit de buitencategorie in aanmerking te komen, is het belangrijk dat er een onderbouwing is van de audiciens waarom een verzekerde niet uit kan met een hoortoestel dat wél in de database is opgenomen. De onderbouwing van 31 mei 2022 is onvoldoende omdat hieruit niet blijkt welke typen toestellen zijn geprobeerd en waarom deze niet functioneerden. Voor zover verzoeker in aanmerking wenst te komen voor een - gedeeltelijke - substitutievergoeding, geldt dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijke vergoeding niet toekent.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 januari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"De vraag in geschil is of in de situatie van verzoeker aanspraak bestaat op vergoeding van twee buitencategorie hoortoestellen van het type Phonak P90-R RIC. Op basis van de voorliggende informatie is op te maken dat de indicatie voor hoortoestellen niet in geschil is.

(...)

Overwegingen van het Zorginstituut

Uit de voorliggende informatie blijkt volgens het Zorginstituut niet of, en welke hoortoestellen uit de database zijn uitgeprobeerd. Dat verweerder een onderbouwing van een aan een audiologisch centrum verbonden (klinisch fysicus) audioloog vereist is niet onredelijk, aangezien deze onafhankelijk is en specifieke expertise heeft met betrekking tot complexe hoorvragen.

Ook, zoals hiervoor aangegeven, kunnen audiciens een specifiek assortiment hebben waarbij het niet uitgesloten is dat een andere audicien die andere merken voert, een passend hoortoestel uit de database heeft.

Conclusie

Op grond van de voorliggende informatie blijkt niet dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de hoortoestellendatabase.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de twee buitencategorie hoortoestellen van het type Phonak P90-R RIC"

6.2. In het definitief advies van 15 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"In het voorlopig advies van 30 januari 2023 gaf het Zorginstituut aan dat uit het voorliggend dossier niet bleek of, en welke hoortoestellen uit de database waren uitgeprobeerd. Dat verweerder een onderbouwing van een aan een audiologisch centrum (AC) verbonden (klinisch fysicus) audioloog vereist, achtte het Zorginstituut niet onredelijk. Een aan een AC verbonden klinisch fysicus-audioloog is immers onafhankelijk, ook in de zin dat deze niet is gebonden aan een specifiek assortiment c.q. specifieke merken hoortoestellen, wat bij audiciens mogelijk wel het geval kan zijn. Daarnaast heeft een AC expertise op gebied van complexe hoorvragen, gezien de doorgaans naar het AC verwezen patiëntenpopulatie met deze problematiek.

Zoals verzoeker op de hoorzitting aangeeft, en ook blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen van verweerder, heeft verweerder echter niet in zijn polisvoorwaarden gesteld dat, om in aanmerking te komen voor een vrije markt hoortoestel, een AC geconsulteerd moet worden.

Wel heeft verweerder in zijn Reglement vereist dat:

- Er tenminste twee verschillende toestellen uit de database uitgeprobeerd moeten zijn, en
- Een adequate motivatie vanuit de audicien of audioloog aanwezig moet zijn, waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden.

De bij de aanvullende stukken gevoegde audiogrammen bevestigen het feit dat verzoeker een indicatie heeft voor hoortoestellen. Ook is op de audiogrammen af te leiden dat het gehoorverlies tussen 2014 en 2022 beduidend is toegenomen. Op basis van audiogrammen op zichzelf is echter niet te bepalen of een bepaald type/merk hoortoestel is aangewezen.

Uit de verklaring van de audicien van 18 april 2023 is op te maken dat op basis van de eerder ingevulde vragenlijst in combinatie met het beroep van verzoeker, in ieder geval categorie vijf hoortoestellen aangewezen zijn. Evenals in de eerdere toelichting van 31 mei 2022 geeft de audicien weliswaar argumenten waarom zij het gevraagde hoortoestel voor verzoeker adequaat acht. De audicien motiveert echter niet afdoende waarom het Keuzeprotocol hoorzorg niet is gevolgd en er kennelijk direct een vrije markt hoortoestel aan verzoeker is aangeboden.

Gezien het feit dat volgens de gestelde voorwaarden van verweerder tenminste twee verschillende hoortoestellen uit de database moeten zijn uitgeprobeerd alvorens over te gaan op een buitencategorie hoortoestel, en dat uit de voorliggende stukken niet blijkt dat dit is gebeurd alvorens de Phonak P90-R. RIC uit te proberen, kan geconcludeerd worden dat de afwijzing door verweerder terecht is. Het Zorginstituut constateert echter ook dat op grond van de beschikbare informatie uit het dossier niet uitgesloten, maar ook niet aangetoond is of verzoeker zou kunnen uitkomen met een hoortoestel uit de database.

Met betrekking tot de substitutievergoeding merkt het Zorginstituut op dat het bijbetalen voor 'vrije markt' hoortoestellen wettelijk gezien niet is verboden. Dit betekent dat zorgverzekeraars ervoor kunnen kiezen om verzekerden te laten bijbetalen en de vergoeding te beperken tot het 'passende deel'. De mogelijkheid om bij te laten betalen is echter niet verplicht. Zorgverzekeraars kunnen er dus ook voor kiezen geen vergoeding te verlenen voor een hoortoestel met extra faciliteiten als een verzekerde daarop redelijkerwijs niet is aangewezen. Of verweerder in dit geval een substitutievergoeding kan/moet geven, is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen.

Conclusie

Op basis van de polisvoorwaarden van verweerder kan gesteld worden dat de afwijzing door verweerder terecht is. Het Zorginstituut constateert daarnaast op grond van de beschikbare informatie uit het dossier dat niet uitgesloten, maar ook niet aangetoond is dat verzoeker zou kunnen uitkomen met een hoortoestel uit de database.

De adviesbevoegdheid van het Zorginstituut strekt zich niet uit tot de vraag of verweerder een substitutievergoeding dient toe te kennen.

Het advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:
Op basis van de door verweerder gestelde polisvoorwaarden adviseert het Zorginstituut om het verzoek af te wijzen.*

De adviesbevoegdheid van het Zorginstituut strekt zich niet uit tot de vraag of verweerder een substitutievergoeding dient toe te kennen."

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 A.22.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' en over hulpmiddelenzorg, meer specifiek hoortoestellen, 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. Een verzekerde kan, in het kader van de zorgverzekering, slechts aanspraak maken op zorg voor zover hij hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit volgt uit artikel 2.1, derde lid, Bzv. Daarnaast moet sprake zijn van doelmatige zorg. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 Bzv blijkt dat doelmatigheid volgens de wetgever geen onderwerp is van wettelijke voorschriften, maar een onderwerp dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Het is dan ook aan de zorgverzekeraar en de verzekerde eventuele afspraken over het doelmatigheidsvereiste op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden. In het onderhavige geval is dit gebeurd in artikel A.3.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin overigens als voorbeeld is opgenomen de vergoeding van buitencategorie hoortoestellen. De aanspraak op hoortoestellen is geregeld in artikel B.17. van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement), waarnaar in artikel B.17.2. wordt verwezen. Artikel B.17.8. van het reglement heeft betrekking op 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de gehoorfunctie'. Aldaar wordt verwezen naar het Hoorprotocol.
- 8.3. Op grond van dit protocol komt een verzekerde, afhankelijk van de (medische) indicatie die is gesteld en de categorie waarin hij wordt ingedeeld, in aanmerking voor een hoortoestel uit de categorieën 1 tot en met 5 zoals opgenomen in de zogenoemde hoortoestellendatabase. Uitgangspunt is dat een verzekerde met dit hoortoestel uit kan komen en dat het hoorprobleem hiermee adequaat wordt opgelost. Indien een verzekerde niet kan uitkomen met een hoortoestel uit categorieën 1 tot en met 5 kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag, op grond waarvan aanspraak bestaat op een hoortoestel uit de zogenoemde buitencategorie. In het reglement is hierover het volgende vermeld:

"Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellen database is opgenomen:

- moeten er ten minste twee verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd te zijn en

- moet er een adequate motivatie vanuit de audicien of audioloog zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden."

- 8.4. Verzoeker heeft een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde audicien bezocht. Deze heeft twee typen hoortoestellen voorgesteld die zijn opgenomen in categorie 5, te weten de Starkey Livio 1600R en Oticon Zircon 1R. Uit het enkele feit dat de toestellen zijn genoemd, valt te concluderen dat dit - in de ogen van deze audicien en los van zijn mogelijke reserves - reële opties waren. Verzoeker heeft genoemde hoortoestellen in categorie 5 echter niet geprobeerd. Bij de afleverende audicien heeft verzoeker naar zijn zeggen twee buitencategorie 'in het oor'-toestellen geprobeerd. Uit het gegeven dat deze hoortoestellen niet naar wens functioneerden kan niet worden afgeleid dat verzoeker dáárom alleen nog uit zou kunnen met een (ander) buitencategorie type hoortoestel. Om die zelfde reden kan ook de stelling van verzoeker dat hij al gebruik maakte van buitencategorie hoortoestellen (de Phonak Virto B90) niet overtuigen. Ook daaruit volgt namelijk niet zonder meer dat verzoeker niet uit kan komen met een hoortoestel uit categorie 5.
- Door verzoeker is een verklaring van zijn audicien, gedateerd 31 mei 2022, overgelegd. Hierin wordt beschreven welke problemen verzoeker ondervindt en waarom voor de onderhavige hoortoestellen is gekozen. In de brief wordt echter niet verklaard waarom hoortoestellen categorie 5 niet volstaan. De opmerking: *"Hoortoestellen met een gelijkwaardige versterking maar met een minder geavanceerde techniek zouden [verzoeker] ernstig te kort doen en zullen zijn functioneren tijdens zijn werk belemmeren."*, is van algemene strekking en mist een feitelijke onderbouwing. Met name valt hieruit niet op te maken om welke reden bijvoorbeeld de door de gecontracteerde audicien gesuggereerde types tekort schieten. Dit laatste geldt eveneens voor de verklaring van de afleverende audicien van 18 april 2023.
- Dat verzoeker bereid is het protocol alsnog te doorlopen, teneinde de gemaakte 'fout' te herstellen, maakt dit alles niet anders. Verzoeker heeft de hoortoestellen inmiddels afgenomen en al enige tijd in gebruik, zodat niet valt te verwachten dat hij, bij het proberen van andere toestellen die door hem als minder goed worden betiteld, tot de conclusie zal komen dat deze laatste in zijn situatie ook toereikend zijn.
- Uit het voorgaande volgt dat verzoeker geen aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte buitencategorie hoortoestellen. Tot eenzelfde conclusie komt het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 30 januari 2023 en zijn definitief advies van 15 juni 2023.

Substitutie

- 8.5. Verzoeker heeft betoogd dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval een vergoeding zou moeten verlenen ter hoogte van het bedrag dat zou zijn vergoed indien door hem categorie 5 hoortoestellen uit de database waren afgenomen. In dit verband heeft hij gesteld dat de hoortoestellen noodzakelijk zijn, dat zijn vorige zorgverzekeraar wél een substitutievergoeding verleende, en dat sprake is van ongelijke behandeling, niet alleen tussen zorgverzekeraars onderling, maar ook naar aard van het afgenomen hulpmiddel.
- De commissie overweegt dat deze argumenten niet kunnen overtuigen. Het staat vast dat hoortoestellen verzekerde zorg zijn en dat verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen. Dit laatste betekent evenwel niet dat aanspraak bestaat op de door verzoeker gewenste variant, al dan niet met bijbetaling. Uitgangspunt van het protocol is dat een verzekerde uit kan met een hoortoestel uit categorie 1 tot en met 5 van de database, tenzij wordt aangetoond dat sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Is aan die laatste eis niet voldaan, dan is het buitencategorie hoortoestel niet doelmatig. Afhankelijk van de in de verzekeringsovereenkomst gemaakte afspraken hierover kan de consequentie zijn dat in het geheel geen vergoeding plaatsvindt. Dat de vorige zorgverzekeraar wél een substitutievergoeding toekende maakt niet dat de ziektekostenverzekeraar dit ook moet doen. Ook het argument van de ongelijke behandeling kan niet overtuigen. Uit de wetsgeschiedenis blijkt dat het aan de zorgverzekeraar is om invulling te geven aan een eventueel doelmatigheidsvereiste. De vergelijking met de brillen gaat in zoverre niet op dat deze maar in een beperkt aantal situaties onder de dekking van de zorgverzekering

vallen. Dat bijbetaling wellicht mogelijk is als een bril wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is van een andere orde en niet relevant voor de onderhavige zaak.

Ten aanzien van de mogelijkheid van een onverplichte vergoeding, dat wil zeggen in afwijking van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, is de commissie niet bevoegd, tenzij sprake zou zijn van een begunstigend beleid, waarvan in de situatie van verzoeker wordt afgeweken. Dit laatste is gesteld noch gebleken.

Met betrekking tot de behandeling van zijn zaak, in de verschillende fases, door dezelfde medewerker, merkt de commissie op dat de inrichting van de klachtenprocedure aan de ziektekostenverzekeraar is, en niet het onderwerp kan zijn van deze procedure.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 juli 2023,

H.A.J. Kroon

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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.

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoordverklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoordverklaring nodig van ons (zie noot 1):	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
B.17.8.: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (Artikel 2.10 Regeling)						
Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes	Een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen), of ernstige oorsuizen	Gecontracteerde zorgverlener Hebt u de zorgverzekering Just Basic? Kijk dan ook in de kolom Let op!	Bij buiten-categorie hoortoestellen	Van 18 tot 67 jaar bij hoortoesteldragenden: gecontracteerde triage audicien Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoesteldragenden: kno-arts of audiologisch centrum Tot 18 jaar: Audiologisch Centrum Vanaf 67 jaar: gecontracteerde triage audicien	Eigendom	Wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes Het hulpmiddel moet: - geleverd worden door gediplomeerd StAr-audicien of Kwaliteitsregistreerd Triage audicien- aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorprotocol - zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database De zorg omvat niet: opladers en vervanging van batterijen en accessoires Audiogram mag niet ouder zijn dan 9 maanden U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken. Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op. Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellen database is opgenomen: - moeten er tenminste twee verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd te zijn en -moet er een adequate motivatie vanuit de audicien of audioloog zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden. Hebt u de zorgverzekering Just Basic? Dan moeten wij de gecontracteerde zorgverlener geselecteerd hebben. Lees hier meer over in artikel 2 van het Reglement

van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);

- U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid:

wetten.overheid.nl.

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. Pas na een dubbelblinde provocatietest kan met zekerheid worden vastgesteld dat sprake is van een kea en kunt u aanspraak maken op vergoeding. De testperiode voorafgaand aan de dubbelblinde provocatietest komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u hebt en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators en aangepast eetgerei.
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoor-

beeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.

- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
 - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
 - Condooms;
 - Braces en bandages;
 - Epilepsie alarmering;
 - Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in artikel D.4. Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding.

Wij hebben dit in het Reglement Hulpmiddelen bij de betreffende hulpmiddelen aangegeven. Ook kunt u informatie vinden in artikel D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze website of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding.

In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daaronder begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.
- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel

aangegeven.

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling hebt u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze website. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17.5.

Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- vervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
 - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
 - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
 - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
 - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het