



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, categorie 6
Zaaknummer : 201502240
Zittingsdatum : 23 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub c en 2.10 Rzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen



Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 november 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 20 december 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).



3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.



3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 september 2016 aan verzoeker gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 3 en 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 27 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 27 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016121201) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat er geen aanwijzingen zijn dat verzoeker niet uitkomt met een categorie 5 hoortoestel uit de hoortoestelendatabase. Niet kan worden onderbouwd dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde hoortoestellen.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 oktober 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Sinds 2015 bezoekt verzoeker met regelmaat Schoonenberg Hoorcomfort om een goed hoortoestel aangemeten te krijgen. Daar heeft hij verschillende hoortoestellen getest die in de database van de zorgverzekeraar voorkomen. Al snel was duidelijk dat deze apparaten niet voldeden. De geluiden waren uiterst blikkerig en de toestellen vielen vaak uit. Uiteindelijk heeft hij gekozen voor Naida Q90 SP Pure hoortoestellen. Sinds de aanschaf van deze toestellen hoort verzoeker weer als vanouds.

4.2. Verzoeker merkt op dat hij bijna tachtig jaar is en zich nog gezond voelt. Hij wandelt, fietst, rijdt auto en sport nog af en toe. Goede hoortoestellen vindt verzoeker dan ook erg belangrijk. Dat de audicien hem heeft medegedeeld dat de Naida hoortoestellen worden beschouwd als luxe heeft verzoeker als grievend ervaren. Bovendien vindt verzoeker het verwerpelijk en inhumain dat de zorgverzekeraar in het geheel geen vergoeding verleent voor deze hoortoestellen. Verzoeker is van mening dat hij in ieder geval een gedeeltelijke vergoeding zou moeten ontvangen, ter hoogte van de kosten van het meest adequate alternatief.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

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

5.2. Door de audicien is vastgesteld dat verzoeker is aangewezen op een hoortoestel uit categorie 5. Voorafgaand aan de aanschaf van de onderhavige toestellen heeft verzoeker verschillende hoortoestellen, waaronder de Quantum 2 20 H, uit deze categorie geprobeerd. Verzoeker heeft te kennen gegeven dat hij met de Quantum 2 20 H hoortoestellen blikkerige tonen ervaart. Deze tonen ervaart hij niet met de nadien door hem aangeschaft hoortoestellen uit categorie 6. De zorgverzekeraar meent dat de blikkerige tonen kunnen worden veroorzaakt door het soort hoorverlies van verzoeker, maar ook door de instellingen van de hoortoestellen.

5.3. Na verschillende toestellen te hebben geprobeerd, heeft verzoeker ervoor gekozen de Naida Q90 SP Pure hoortoestellen aan te schaffen. Deze vallen niet in één van de vijf categorieën, en komen om die reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Verzoeker is hierover geïnformeerd door de audicien. Het is voorts niet mogelijk verzoeker een gedeeltelijke vergoeding te verlenen voor de door hem aangeschafte hoortoestellen.

5.4. De zorgverzekeraar stelt verder dat verzoeker - op zijn verzoek - in juli 2016 een audiologisch centrum heeft bezocht dat naar aanleiding hiervan een rapport heeft opgesteld. Uit dit rapport blijkt

dat verzoeker voorafgaand aan de aanschaf van de onderhavige hoortoestellen twee modellen heeft geprobeerd die wél in de database zijn opgenomen. Vast staat dat deze proeven niet zijn begeleid door het audiologisch centrum, zodat veel onduidelijk is. Dat de geprobeerde toestellen niet voldeden kan bijvoorbeeld te maken hebben met bepaalde instellingen van de hoortoestellen. Bovendien verschillen de geprobeerde hoortoestellen niet veel van elkaar. Het is goed mogelijk dat bijvoorbeeld een minder complexe variant van de Naida Q90 SP Pure wel aan de wensen van verzoeker voldoet. Gelet op deze omstandigheden kan het audiologisch centrum geen onderbouwing geven voor de onderhavige Naida Q90 SP Pure hoortoestellen.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog (gedeeltelijk) in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 4 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering betreft een restitutiebepaling en hierin is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelenzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van:

a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;

b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;

c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor vergoeding

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de algemene voorwaarden Keuze Zorg Plan.

8.4. Artikel 4.4.1 van het 'Achmea Reglement Hulpmiddelen' bepaalt, voor zover hier van belang:

"(...) Voorschrijver

- Verzekerden jonger dan 18 jaar kunnen zich wenden tot een audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts of gecontracteerd StAR audicien nodig

- Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAR gecertificeerde audicien

Gebruikstermijn

- Voor hoortoestellen minimaal 5 jaar

(...)

Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?

- U kunt contact opnemen met de leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft

- Kosten voor normaal gebruik, zoals onderhoud en vervanging van batterijen, zijn voor uw eigen rekening

Ben ik een eigen bijdrage/kosten verschuldigd?

Ja, wettelijk is de eigen bijdrage aan 'de voet' van toepassing. Dat wil zeggen dat u 25% van het aanschafbedrag dat wij met de audicien hebben afgesproken, zelf moet betalen. De resterende 75% van het aanschafbedrag betalen wij."

8.5. Artikel 4 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering en artikel 4.4.1 van het 'Achmea Reglement Hulpmiddelen' zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op hoortoestellen is geregeld in artikel 2.6 sub c en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv. Op grond van artikel 2.1 lid 3 Bzv heeft de verzekerde op een vorm van zorg of dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, wordt gebruik gemaakt van een indicatieprotocol. Uit dit indicatieprotocol vloeit de indeling in de eerste tot en met de vijfde categorie voort. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1 lid 3 Bzv, waarin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

9.2. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 26 september 2016 blijkt dat deze de beoordeling heeft overgelaten aan zijn gecontracteerde leverancier, in dit geval Schoonenberg Hoorcomfort. Deze mag toestellen die behoren tot de eerste tot en met de vijfde categorie zonder meer leveren. Niet in geschil is dat verzoeker is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 5 en dat de door hem aangeschafte hoortoestellen (Naida Q90 SP Pure) behoren tot categorie 6. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat categorie 6 enkel wordt vermeld indien de klant een hoortoestel wenst

dat de kwaliteit van de vijfde categorie overstijgt (vgl. GcZ 17 december 2014, 201400141). De vraag die dan dient te worden beantwoord is of verzoeker niet uit kan met een geclassificeerd hoortoestel en daarom redelijkerwijs was aangewezen op de Naida Q90 SP Pure hoortoestellen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker verzocht door een KNO-arts of audiologisch centrum te laten onderbouwen waarom hij niet uitkomt met een categorie 5 hoortoestel en is aangewezen op een hoortoestel uit categorie 6. De commissie stelt vast dat verzoeker zich in juli 2016 tot een audiologisch centrum heeft gewend. Uit de brieven van 21 juli 2016 en 31 augustus 2016 van het audiologisch centrum blijkt dat deze geen onderbouwing kan geven voor de Naida Q90 SP Pure hoortoestellen. Dit omdat de proeven met de eerder geprobeerde hoortoestellen niet werden begeleid door het audiologisch centrum, terwijl het audiologisch centrum wel bij de proef betrokken moet zijn om er zeker van te zijn dat de toestellen binnen de database niet voldoen. Aangezien het audiologisch centrum geen onderbouwing kan geven, concludeert de commissie dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij niet uit kan met een geclassificeerd hoortoestel en daarom redelijkerwijs was aangewezen op de Naida Q90 SP Pure hoortoestellen. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen.
- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij wellicht geen aanspraak heeft op volledige vergoeding, maar dan toch in ieder geval op een gedeeltelijke vergoeding, die eruit zou moeten bestaan dat door de zorgverzekeraar een bedrag wordt vergoed als ware aan hem een hoortoestel uit categorie 5 geleverd. Aangezien dit laatste feitelijk niet is gebeurd, is in dat geval sprake van substitutie van zorg, in die zin dat een hulpmiddel wordt vergoed dat niet is geleverd. De zorgverzekering kent geen mogelijkheid voor substitutie, zodat dit argument van verzoeker niet kan leiden tot vergoeding van althans een deel van de kosten.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 november 2016,

A.I.M. van Mierlo