

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202301288

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen Audeo P90-RT Champagne inclusief afstandsbediening en oplader, ten bedrage van totaal € 3.376,- (gedeeltelijk) te vergoeden. De medische noodzaak blijkt uit metingen door de audicien en de KNO-arts. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat (gedeeltelijke) vergoeding niet aan de orde is, nu het hier buitencategorie hoortoestellen betreft en de medische noodzaak niet is vastgesteld door een audiologisch centrum. Daarom zijn de hoortoestellen niet doelmatig en niet adequaat. De zorgverzekering voorziet niet in de mogelijkheid van substitutie, en de ziektekostenverzekeraar past de verzekeringsvoorwaarden voor alle verzekerden op dezelfde wijze toe.
- 1.2. De commissie concludeert dat in de situatie van verzoeker niet is gebleken van een bijzondere individuele zorgvraag. Voordat hij de KNO-arts bezocht vroeg verzoeker de audicien al om de later aangeschafte hoortoestellen te mogen vergelijken met hoortoestellen uit de categorieën 4 en 5. Op basis waarvan toen een selectie is gemaakt en waarom althans één van deze typen hoortoestellen niet voldeed, blijkt niet uit de stukken. Dat twee typen hoortoestellen zijn geprobeerd en dat is gesproken over de mogelijkheid van een cochleair implantaat kan niet leiden tot een andere conclusie. Gedeeltelijke vergoeding is expliciet uitgesloten in het toepasselijke reglement. Ten aanzien van een onverplichte vergoeding is de commissie niet bevoegd, tenzij sprake zou zijn van een begunstigend beleid, waarvan in de situatie van verzoeker wordt afgeweken. Dit laatste is evenwel gesteld noch gebleken.
- 1.3. Hierna wordt 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 brief van 24 mei 2023 en klachtenformulier van 25 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 23 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 14 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023035966) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 september 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 1 november 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 september 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 9 november 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (naturapolis) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker gebruikt sinds 1995 hoortoestellen. In november 2022 heeft hij zich gewend tot een audicien. Hier heeft verzoeker hoortoestellen uit de categorieën 4 en 5 geprobeerd, te weten de typen Audio Nova DX50 respectievelijk Phonak Audeo M50. Uiteindelijk heeft hij gekozen voor de Audeo P90-RT Champagne, inclusief afstandsbediening en oplader, ten bedrage van totaal € 3.376,-. De audicien achtte het raadzaam dat verzoeker een KNO-arts zou bezoeken. Zijn huisarts verwees hem hiervoor door naar het MCL te Harlingen.
- 3.3. Op 22 december 2022 heeft de behandelend KNO-arts over verzoeker verklaard:

"Bovengenoemde patiënt bezocht op 21-12-22 de polikliniek KNO in verband met invaliderende tinnitus en een zeer ernstig gehoorverlies met een maximale foneem score van AD 45% en AS65 % (zie bijgevoegd audiogram). Vanwege dit gehoorverlies is er met patiënt gesproken over plaatsing van een cochleair implantaat CI (kostbare behandeling met intensief na-traject). Patiënt gaf aan eerst nog eenmaal een proef te willen starten met nieuwe hoortoestellen alvorens te beslissen tot een operatie met CI plaatsing. Hij blijkt gelukkig heel erg geholpen met nieuwe toestellen uit categorie V. Hierbij is ook zijntinnitus hanteerbaarder."

en

Conclusie:

Zeer ernstig perceptief gehoorverlies auriculus dexter en sinister met ernstig gestoord spraakverstaan. Tevens heftige tinnitus.

Beleid:

Bevindingen besproken. Gezien het zeer ernstige gehoorverlies wil ik Pentio vragen of zij nog iets voor patiënt kunnen betekenen. Zijn er nog aanvullende gehoorrevalidatie mogelijkheden zijn (apparatuur voor gesprekken aan tafel, cursus spraak afzien enz).

We spraken even over een CI implantaat maar patiënt geeft aan met zijn nieuw toestellen tevreden te zijn en hier op dit moment nog niet voor te voelen."

- 3.4. Bij brief van 30 december 2022 informeerde verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar naar de vergoeding voor hoortoestellen. Deze antwoordde hem meer informatie nodig te hebben. Op 15 februari 2023 ontving verzoeker een factuur van de audicien. Bij brief van 16 februari 2023 verzocht hij de ziektekostenverzekeraar om vergoeding van eerdergenoemde kosten, waartoe hij diverse stukken - waaronder de factuur - instuurde. De ziektekostenverzekeraar wees bij brief van 21 februari 2023 vergoeding af. Verzoeker benaderde de ziektekostenverzekeraar opnieuw bij brief van 14 april 2023. De ziektekostenverzekeraar antwoordde hem bij brief van 24 april 2023, onder handhaving van zijn afwijzende beslissing. Bij brief van 26 april 2023 vroeg verzoeker de ziektekostenverzekeraar nogmaals zijn beslissing te heroverwegen, welk verzoek hij bij brief van 12 mei 2023 herhaalde, naar aanleiding van een mislukte poging van de ziektekostenverzekeraar hem telefonisch te bereiken. Bij brief van 17 mei 2023 verklaarde de ziektekostenverzekeraar bij zijn afwijzende standpunt te blijven.
- 3.5. Bij brief van 14 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen Audeo P90-RT Champagne inclusief afstandsbediening en oplader, ten bedrage van totaal € 3.376,-, (gedeeltelijk) te vergoeden.
- 4.2. In het klachtenformulier en de brief van 24 mei 2023 licht verzoeker toe dat hij twee verschillende typen hoortoestellen heeft geprobeerd, die echter niet volstonden. Uit de metingen door de audicien en de KNO-arts blijkt dat hij op buitencategorie hoortoestellen was aangewezen. Deze zijn doelmatig en adequaat. De ziektekostenverzekeraar verlangt van hem dat hij een heel traject doorloopt, maar dit is nutteloos en volstrekt overbodig. In zijn brief van 12 mei 2023 verklaart verzoeker dat hij werd verwezen naar de KNO-arts. Deze overwoog plaatsing van een cochleair implantaat, vanwege invaliderende tinnitus en zeer ernstig gehoorverlies, een kostbare behandeling met een lang en intensief natraject. Verzoeker wilde daarom eerst de hoortoestellen proberen. Volgens verzoeker zal tussenkomst door een audiologisch centrum niet leiden tot herstel van de gehoorschade. Zijns inziens zou de ziektekostenverzekeraar een deskundige naar de meetresultaten moeten laten kijken. Hij is bereid in te stemmen met een gedeeltelijke vergoeding, op basis van de prijs van een hoortoestel uit categorie 5. Verzoeker tekent nog aan dat hij vanwege zijn slechte gehoor gebruik moet maken van verschillende hulpmiddelen, zoals een tv-connector.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker verwezen naar de verklaring van de KNO-arts van 22 december 2022. Uit deze verklaring blijkt duidelijk dat bij verzoeker sprake is van invaliderende tinnitus en zeer ernstig gehoorverlies. Verzoeker kan het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet begrijpen dat de medische noodzaak niet is onderbouwd. Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 23 augustus 2023 spreekt over verantwoorde en adequate zorg. Met de hoortoestellen van het type Audeo P90-RT is dat zeker het geval. Verzoeker stelt zich dan ook op het standpunt dat een door een specialist, zoals in dit geval de KNO-arts, voorgesteld hulpmiddel of behandeling door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed.

- 4.4. 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 in zijn brief van 17 mei 2023 uiteengezet dat aanspraak bestaat op hoortoestellen in de categorieën 1 tot en met 5. Zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde leveranciers zijn hiervan op de hoogte. Bij uitzondering bestaat aanspraak op een buitencategorie hoortoestel, namelijk als een audiologisch centrum de medische noodzaak heeft vastgesteld. Dit houdt in dat moet zijn gebleken dat betrokkene niet uitkomt met hoortoestellen categorie 1 tot en met 5. Verzoeker voldoet hier niet aan. Er wordt voor hem geen uitzondering gemaakt; de ziektekostenverzekeraar behandelt al zijn verzekerden gelijk. Evenmin kan worden vergoed op basis van substitutie, aangezien de Zvw die mogelijkheid niet kent.
- In zijn brief van 24 april 2023 verwijst de ziektekostenverzekeraar ter onderbouwing van zijn standpunt naar artikel 3.9 van het Reglement Hulpmiddelen, inzake hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie, en naar zijn brochure 'Vergoeding hoortoestellen'.
- Bij ontbreken van een door een audiologisch centrum vastgestelde medische noodzaak zijn de hoortoestellen niet doelmatig en niet adequaat.
- In zijn brief van 23 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar samengevat dat verzoeker niet heeft aangetoond dat bij hem sprake is van een bijzondere zorgvraag. Evenmin kan een vergoeding op grond van substitutie plaatsvinden.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat niet wordt betwist dat bij verzoeker sprake is van een zeer ernstig gehoorprobleem. Uit de reactie van de KNO-arts wordt begrepen dat zelfs plaatsing van een cochleair implantaat is overwogen. De hoortoestellen die verzoeker thans heeft aangeschaft betreffen echter toestellen uit de zogeheten buitencategorie. Om voor vergoeding van dergelijke toestellen in aanmerking te komen gelden aanvullende voorwaarden. De belangrijkste is dat moet worden onderbouwd waarom de verzekerde niet uit kan met hoortoestellen uit de categorieën 1 tot en met 5 (de zogeheten binnencategorieën). Een dergelijke onderbouwing ontbreekt in het geval van verzoeker.
- 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 14 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De vraag in geschil is of verzoeker een indicatie heeft voor buitencategorie hoortoestellen van het type Phonak Audéo P90-RT. Op basis van de voorliggende informatie is op te maken dat de indicatie voor hoortoestellen niet in geschil is.

Verzoeker heeft blijkens het toon- en spraakaudiogram zeer ernstig gehoorverlies aan beide oren met ernstig gestoord spraakverstaan. Daarnaast heeft hij heftige tinnitus.

Uit de verwijsbrief van de audicien van 4 november 2022 blijkt dat verzoeker door de audicien naar de KNO-arts is verwezen in verband met een niet-pluis situatie. Als redenen voor niet-pluis noemt de audicien in deze verwijsbrief slechte spraakdiscriminatie, ernstige slechthorendheid, significant verslechterd gehoor en tinnitus. Bij niet-pluis situaties wordt op basis van het NOAH-protocol een verwijzing naar de KNO-arts of naar het Audiologisch Centrum geadviseerd. Bij de genoemde specifieke redenen was/is het raadzaam om een KNO-arts te laten beoordelen of er

iets bijzonders aan de hand is. Het doel van verwijzing naar een KNO-arts is onder meer dat de KNO-arts medisch-diagnostisch KNO-onderzoek kan doen om te achterhalen of er een specifieke oorzaak is, zoals een aandoening van het (midden)oor of andere, anderszins te behandelen ziekten die een bepaalde behandeling behoeft.

Uit een verslag van het polikliniekbezoek van 21 december 2022 van de KNO-arts is op te maken dat deze inderdaad KNO-onderzoek heeft gedaan. In de brief van 22 december 2022 aan verweerder schrijft de KNO-arts dat vanwege het gehoorverlies met verzoeker is gesproken over plaatsing van een cochleair implantaat (CI). Verzoeker heeft aangegeven eerst nog eenmaal een proef te willen starten met nieuwe hoortoestellen alvorens te beslissen tot een operatie met CI-plaatsing.

De KNO-arts constateert dat verzoeker heel erg geholpen is met de nieuwe toestellen uit categorie V, en ook zijn tinnitus is hanteerbaarder. Uit het schrijven van de KNO-arts blijkt echter niet dat verzoeker niet met een hoortoestel uit de database zou uitkomen. Daarnaast noemt KNO-arts 'categorie V' zonder te specificeren om welke hoortoestellen het gaat. Doorgaans staat het Romeinse cijfer 'V' voor het getal 5.

Bij de voorliggende stukken is verder een A4 met een computeruitdraai van 25 juli 2023 van de audicien/hoorwinkel gevoegd. Volgens deze uitdraai voldeed op 17 november 2022 de P90 goed en startte verzoeker kennelijk pas na de P90 RT met een categorie 4 hoortoestel (Audio Nova DX 50). Volgens het aanpassingsgesprek op 24 november 2022 voldeed deze niet. Of dit categorie 4 hoortoestel optimaal was ingesteld, blijkt niet uit deze informatie. Daarentegen zijn volgens de informatie de instellingen van de P90 hoortoestellen verschillende keren aangepast. Ook uit deze informatie van de audicien blijkt niet dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database.

Op de aanpasbon (offerte voor de in geschil zijnde Audéo P90-RT hoortoestellen) van 26 januari 2023 is handgeschreven vermeld "de Phonak Audeo M50-312 (categorie 5) ook geprobeerd", zonder verdere informatie over tijdsduur van de proef en welke instellingen zijn uitgetoetst. Overigens wordt op deze aanpasbon ook vermeld dat de 'vermoedelijke vergoeding uit basisverzekering' voor de Audeo P90-RT € 0,00 bedraagt.

Verzoeker geeft in zijn brief van 26 april 2023 aan dat hij na de eerste metingen bij de audicien/hoorwinkel naar de KNO-arts was doorverwezen, omdat het gehoor zeer slecht was geworden. Na overleg met de KNO-arts over het wel of niet plaatsen van een CI waren verzoeker en de KNO-arts tot de conclusie gekomen om er eerst vanaf te zien, omdat de hoortoestellen uit de hoogste klasse nog net hanteerbaar waren. Bij het uitproberen van hoortoestellen tot en met klasse 5 bij de audicien was dit al gebleken. Een Audiologisch Centrum gaat volgens verzoeker zijn gehoorschade niet herstellen en kan alleen tips geven. Al de gehele periode van doofheid kreeg hij uitstekende aanwijzingen van de deskundigen van de hoorwinkel en hoe te handelen met zijn gehoorverlies, oefeningen te doen met filmpjes ontwikkeld door het VUmc, aldus verzoeker.

In dit geval is in artikel 4.4.1 van het Reglement hulpmiddelen niet expliciet gesteld dat de onderbouwing voor hoortoestellen buiten de database door een Audiologisch Centrum gegeven moet worden. Het Zorginstituut begrijpt echter uit de brief van verweerder d.d. 23 augustus 2023 dat een onderbouwing in de praktijk doorgaans wordt aangeleverd door een klinisch fysicus-audioloog van een Audiologisch Centrum.

Dat zorgverzekeraars ervoor kiezen dat onderbouwing van de noodzaak voor een hoortoestel buiten de database door een (klinisch fysicus-audioloog van een) Audiologisch Centrum gegeven moet worden, ligt in het feit dat audiologische centra expertise op dit gebied hebben, dat de (klinisch fysicus-)audioloog van een Audiologisch Centrum - in tegenstelling tot doorgaans een KNO-arts - de kenmerken van de verschillende soorten hoortoestellen kent en de functiemogelijkheden van hoortoestellen kan instellen, en dat audiologische centra - in tegenstelling tot audiciens/hoorwinkels - niet gebonden zijn aan bepaalde merken c.q. een bepaald/beperkt assortiment hoortoestellen. Uit het dossier volgt verder dat verzoeker bereid is

in te stemmen met een gedeeltelijke vergoeding, op basis van de prijs van een hoortoestel uit de vijfde categorie. Verweerder gaat hier echter niet in mee, omdat de Zvw geen mogelijkheid van substitutie zou kennen.

Met betrekking tot de substitutievergoeding merkt het Zorginstituut op dat het bijbetalen voor 'vrije markt' hoortoestellen wettelijk gezien niet verboden is. 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.

Uit de voorliggende informatie is op te maken dat verzoeker weliswaar hoortoestellen uit de database heeft uitgeprobeerd, maar het is de vraag of hierbij sprake is geweest van een voldoende lange proefperiode met adequate, optimale instellingen van de uitgeprobeerde hoortoestellen.

Dat verweerder in diens schrijven aangeeft dat voor een aanvraag voor een buitencategorie hoortoestel een onderbouwing van het Audiologisch Centrum nodig is, is gezien de genoemde expertise en onafhankelijkheid van audiologische centra niet onredelijk.

Los van het ontbreken van een onderbouwing door een Audiologisch Centrum, ontbreekt bovendien een concrete, gedetailleerde onderbouwing door de audicien of KNO-arts voor hoortoestellen buiten de database.

Op basis van de voorliggende informatie moet dan ook geconcludeerd worden dat niet gebleken is dat verzoeker niet zou uitkomen met optimaal ingestelde hoortoestellen uit de database.

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 buitencategorie hoortoestellen van het type Phonak Audéo P90-RT."

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 2.12 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 hulpmiddelenzorg, en met name 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 2.7.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 3.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement), waarnaar in de bepaling wordt verwezen. Artikel 3.9 van het reglement heeft betrekking op 'uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie'. 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 hoortoestelendatabase. Uitgangspunt is dat een verzekerde met dit hoortoestel kan uitkomen en dat het hoorprobleem hiermee adequaat wordt opgelost. Indien een verzekerde met dit hoortoestel niet kan uitkomen kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag, op grond waarvan aanspraak bestaat op een hoortoestel uit de zogenoemde buitencategorie. In het reglement is deze laatste mogelijkheid niet expliciet benoemd.
- 8.4. De commissie stelt vast dat verzoeker hoortoestellen uit de categorieën 4 en 5 heeft geprobeerd, te weten de typen Audio Nova DX50 respectievelijk Phonak Audeo M50. Uit de informatie van de audicien blijkt dat bij het gebruik van laatstgenoemde toestellen sprake was van slecht woordverstaan. Waarom de hoortoestellen van het type Audio Nova DX50 niet voldeden, wordt niet toegelicht. Ook wordt niet vermeld waarom juist voor deze beide typen is gekozen, anders dan: "Meneer wil graag vergelijk maken tussen Paradise en cat 4 en 5 toestellen". Verder is van belang dat de desbetreffende aantekening werd gemaakt tijdens het keuzegesprek op 4 november 2022, dat wil zeggen voordat verzoeker de KNO-arts bezocht. Gelet op de overgelegde stukken komt de commissie, evenals het Zorginstituut in zijn advies van 14 september 2023, tot de conclusie dat door de audicien of de KNO-arts onvoldoende is onderbouwd waarom verzoeker enkel is aangewezen op een type hoortoestel uit de buitencategorie. Dat verzoeker een bijzondere individuele zorgvraag heeft, ertoe leidend dat verzoeker geen gebruik zou kunnen maken van hoortoestellen uit de categorieën 1 tot en met 5, kan onder deze omstandigheden niet als vaststaand worden aangenomen. Dat verzoeker twee typen 'binnen categorie' hoortoestellen heeft geprobeerd en dat de KNO-arts de mogelijkheid van plaatsing van een cochleair implantaat met hem heeft besproken, maakt het voorgaande niet anders. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

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. De ziektekostenverzekeraar heeft een gedeeltelijke vergoeding geweigerd, omdat de Zvw niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie. De commissie overweegt 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 de categorieën 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. In artikel 3.9 van het reglement is dit ook expliciet zo vermeld. 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 evenwel gesteld noch gebleken.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 november 2023,

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 ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

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, 2.6, 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.

Omschrijving	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Toestemming nodig?	Ja, voor een blindengeleidehond moet u vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen. Nee, voor een blindentaststok kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Hiervoor heeft u de aanvraag en motivatie van de voorschrijver nodig.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
Voorschrijver	Behandelend arts of een Regionaal Centrum voor Slechtzienden. Voor een hond is een voorschrift noodzakelijk van de behandelend medisch specialist of een Regionaal Centrum voor Blinden en Slechtzienden	
Gebruikstermijn	<ul style="list-style-type: none"> · Minimaal 6 jaar voor een hond · Minimaal 3 jaar voor een blindentaststok 	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die de hulpmiddelen geleverd heeft.	U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen.
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	Ja, u bent eigen risico verschuldigd voor de hulpmiddelen die in eigendom worden verstrekt en voor de gebruikskosten van de blindengeleidehond.	Ja, u bent eigen risico verschuldigd.
Vergoeding	100%	Maximaal 80% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).

4.4 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Hieronder vallen:

- a. uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste het verlies van 35dB gemeten op 1000, 2000 en 4000 Hz of ernstig oorsuizen;
- b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, als de hulpmiddelen onder a hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel als deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen onder a;
- c. signaalhonden.

Een indicatie voor de hulpmiddelen onder a en b is eveneens aanwezig als er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. Onder deze zorg valt niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen, want deze vallen onder de medisch-specialistische zorg.

Artikel regeling: 2.6 sub c verder uitgewerkt in 2.10

Let op!

De hulpmiddelenzorg uit dit artikel is functiegericht omschreven.

Onder deze aanspraak vallen (onder andere) de volgende hulpmiddelen:

4.4.1 Hoortoestellen, afstandsbediening en oorstukjes

Omschrijving	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Bruikleen of eigendom	In bruikleen: hoortoestellen In eigendom: oorstukjes	In eigendom
Toestemming nodig?	Ja. Voor het aanmeten van een hoortoestel bij u thuis (Hoorzorg aan huis) moet een aanvraag ingediend worden waaruit blijkt dat er sprake is van een medische indicatie. Hiervan is sprake wanneer het voor u wegens lichamelijke gebreken of somatische ziekte (bedlegerig), ondoenlijk is om naar een audicien toe te gaan of als ten gevolge van (zeer) hoge leeftijd nadelige gevolgen op de intake (o.a. hoortest) bij een audicien te verwachten zijn. Nee. • Verzekerden tot 18 jaar kunnen zich wenden tot een gecontracteerd audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts nodig. • Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar een gecontracteerde audicien.	Ja, u moet vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen.
Voorschrijver	• Verzekerden tot 18 jaar kunnen zich wenden tot een audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts of een StAr of SEMH geregistreerde audicien nodig. • Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAr of SEMH geregistreerde audicien. Deze werkt met de meest recente versie van het geldend landelijk Hoorhulpmiddelenprotocol en levert toestellen die zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database.	

Omschrijving	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Gebruikstermijn	Voor hoortoestellen minimaal 5 jaar.	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	<ul style="list-style-type: none"> • U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft. • Kosten voor normaal gebruik, zoals onderhoud en vervanging van batterijen, zijn voor uw eigen rekening. 	<ul style="list-style-type: none"> • U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Hiervoor moet u de aanvraag, motivatie en offerte bij ons indienen. • Kosten voor normaal gebruik, zoals onderhoud en vervanging van batterijen, zijn voor uw eigen rekening.
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	<p>Ja, voor verzekerden van 18 jaar en ouder is een wettelijke eigen bijdrage 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.</p> <p>U bent daarnaast eigen risico verschuldigd voor oorstukjes, dit geldt niet voor hoortoestellen.</p> <p>Kiest u een hoortoestel uit een andere categorie waaronder een buitencategorie toestel) dan waarop u medisch gezien bent aangewezen en dat is vastgesteld aan de hand van het geldend landelijk Hoorhulpmiddelenprotocol? Dan vergoeden wij dit niet. Let op! Wij vergoeden in dit geval ook niet het bedrag voor het toestel uit de juiste categorie. U kunt dus niet bijbetalen voor een toestel uit een andere categorie dan waarvoor u bent geïndiceerd.</p>	
Vergoeding	100%	Maximaal 80% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).
Bijzonderheden		De niet door ons gecontracteerde leverancier moet gecertificeerd zijn door de Stichting Audicienregister (StAr) of SEMH -AUD, moet werken met het Protocol Hoorzorg en de daarbij behorende categorieïndeling, en de audicien moet in het bezit zijn van een StAr- of CvC registratie.

4.4.2 Cros / Bi-cros hoortoestellen

Omschrijving	Gecontracteerd	Niet-gecontracteerd
Bruikleen of eigendom	In bruikleen	In eigendom

Wie mag deze zorg verlenen?

Een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten. De behandeling kan ook worden geleverd door een multidisciplinair team onder regie van de regiebehandelaar gzsp.

Een specialist ouderengeneeskunde moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een arts verstandelijk gehandicapten moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

De regiebehandelaar gzsp is een BIG-geregistreeerde GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, gedragswetenschapper, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychiater die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan.

Een gedragswetenschapper is een HBO- of Master opgeleide GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, orthopedagoog(-generalist) of kinder- en jeugdpsycholoog, of daaraan gelijkwaardige BIG-geregistreeerde zorgverlener.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.9 Hulpmiddelenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op functionerende hulp- en wondverzorgingsmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door De Friesland vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumerichtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Let op!

U heeft uitsluitend recht op wondverzorgingsmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een leverancier van hulpmiddelen. Als u voor een hulpmiddel naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

In afwijking hiervan geldt de volgende beperking wanneer u een Zelf Bewust Polis heeft. Diabetes-, incontinentie-, stoma- en wondverzorgingshulpmiddelen (DISW-hulpmiddelen) bent u verplicht online bij de medische speciaalzaak te bestellen. Met online bestellen bedoelen wij dat u de hulpmiddelen bestelt via een webshop of een andere beveiligde omgeving op de website van de medische speciaalzaak die specifiek bedoeld is voor het online bestellen van hulpmiddelen. Op onze website bij [Zorgwijzer](#) kunt u onder '[Zorgzoeker](#)' vinden bij welke medische speciaalzaken u hiervoor terecht kunt. Ook vindt u op onze website een lijst met veel voorkomende DISW-hulpmiddelen.

Hulpmiddelen in bruikleen

Voor enkele hulpmiddelen geldt dat deze in bruikleen worden verstrekt. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven welke hulpmiddelen dit betreft. Hulpmiddelen worden alleen in bruikleen verstrekt door leveranciers waarmee De Friesland hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Voor verstrekking hiervan kunt u dus niet terecht bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mocht u toch een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, dan is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval uw vergoeding berekenen.

Let op!

Als u ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van uw verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen.

Eigen bijdrage

In een aantal gevallen genoemd in de Regeling zorgverzekering bent u een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van:

- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
- b. een bedrag wegens besparing van kosten.

Als dit het geval is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Toestemming vooraf

Voor sommige hulpmiddelen heeft u pas recht op aanschaf, reparatie, wijziging of vervanging van een hulpmiddel na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. Als voorafgaande toestemming noodzakelijk is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor uw rekening. Onder de kosten van normaal gebruik verstaan wij onder meer de kosten van energiegebruik en batterijen.

Let op!

Wij vergoeden geen hulpmiddelen geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier die niet aan de door De Friesland gestelde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van hulpmiddelen die u in bruikleen krijgt.