



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, categorie 6  
Zaaknummer : 201602121  
Zittingsdatum : 22 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onderdeel c en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

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

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van twee hoortoestellen type GNresound Linkx2 (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 12 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.4. Bij e-mailbericht van 9 december 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

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

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 6 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 7 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017006149) 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 verzoekster niet uitkomt met een hoortoestel uit de hoortoestellendatabase. Niet kan worden onderbouwd dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde hoortoestellen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 22 maart 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij e-mailbericht van 23 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een afschrift van dit e-mailbericht is op 27 maart 2017 aan verzoekster gezonden waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Van deze mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.
- 3.12. Bij brief van 27 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 5 april 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft haar gehoor laten testen en uit het onderzoek is gebleken dat zij een hoortoestel uit categorie 5 nodig heeft. Aangezien verzoekster tijdens haar werk veel moet bellen, wenst zij haar hoortoestel aan te sluiten op een telefoon. Kort na het ondergaan van de test heeft verzoekster Beter Horen bezocht. Volgens Beter Horen hebben de GNResound Linkx2 hoortoestellen als enige de functionaliteit direct op een telefoon te kunnen worden aangesloten. Ondanks het feit dat haar door Beter Horen is verteld dat geen vergoeding mogelijk is, heeft verzoekster besloten de betreffende hoortoestellen te proberen.
- 4.2. Tijdens de proefperiode blijken de hoortoestellen alle verwachtingen te overtreffen. Sinds jaren kan verzoekster weer de teksten van liedjes horen, het omgevingsgeluid is beter, en als verzoekster belt kan zij de persoon aan de andere kant van de lijn veel beter verstaan. Intussen heeft verzoekster verschillende keren telefonisch contact gehad met diverse medewerkers van de ziektekostenverzekeraar om navraag te doen of aanspraak bestaat op vergoeding. Iedere keer kreeg verzoekster te horen dat ook de medewerker van de ziektekostenverzekeraar niet in de voorwaarden kan terugvinden dat de gewenste hoortoestellen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster verklaart in dit verband dat de voorwaarden van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2016 er geen misverstand over laten bestaan dat zij recht heeft op vergoeding van ten minste 75 percent van de kosten van de onderhavige hoortoestellen. In de polisvoorwaarden staat namelijk vermeld dat ter zake van hoortoestellen aanspraak bestaat op vergoeding van 75 percent van de kosten. Nergens in de voorwaarden staat vermeld dat mogelijk

niet alle kosten worden vergoed. Ook door de ziektekostenverzekeraar is verzoekster nimmer ervoor gewaarschuwd dat er hoortoestellen zijn waarvoor geen vergoeding geldt. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat hij de voorlichting hierover heeft overgelaten aan de gecontracteerde audiciens snijdt volgens verzoekster geen hout. Een en ander ontslaat de ziektekostenverzekeraar immers niet van de op hem rustende verplichting juiste voorlichting te geven.

4.3. Gezien het voorgaande meent verzoekster dat zij op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op vergoeding van 75 percent van de kosten van de door haar gewenste hoortoestellen. De resterende 25 percent claimt verzoekster ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft zij namelijk een vrij te besteden budget van € 1.000,--.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat zij bij het afsluiten van de zorgverzekering door de ziektekostenverzekeraar is misleid. Verzoekster meent dat een zorgverzekeraar de aspirant-verzekerde op dat moment duidelijk en volledig dient te informeren over de verschillende vergoedingen. Uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende tekst op de website heeft aangepast blijkt duidelijk dat hij zijn verzekerden eerder niet onjuist heeft geïnformeerd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op hulpmiddelenzorg geregeld. In dit artikel wordt verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2016. Dit reglement vormt onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. In het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2016 is ten aanzien van hoortoestellen opgenomen dat het type hoortoestel wordt bepaald op basis van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg.

5.2. Indien uit ten minste twee proeven is gebleken dat de hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie niet voldoen bestaat aanspraak op een hoortoestel uit categorie zes. Als een hoortoestel uit deze categorie wél voldoet wordt 75 percent van de kosten vergoed. De eigen bijdrage van 25 percent kan dan worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Vast staat echter dat verzoekster niet ten minste twee hoortoestellen heeft geprobeerd. Zij heeft direct de hoortoestellen van het type GNResound Linkx2 geprobeerd en aangeschaft. Deze toestellen vallen niet in één van de vijf categorieën, en komen om die reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Verzoekster is hierover geïnformeerd door de audiciens. De stelling van verzoekster dat nergens in het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2016 staat beschreven dat de door haar aangeschafte hoortoestellen niet worden vergoed, maakt niet dat dan zonder meer aanspraak bestaat op vergoeding. Uit de tekst valt immers niet op te maken dat de hoortoestellen dan wél voor vergoeding in aanmerking komen.

5.3. Verzoekster stelt verder dat zij het niet eens is met de keuze van de ziektekostenverzekeraar om de voorlichting met betrekking tot hoortoestellen over te laten aan de audiciens. In reactie op deze stelling licht de ziektekostenverzekeraar toe dat hiervoor is gekozen omdat audiciens gespecialiseerd zijn in gehoorproblemen en de oplossingen daarvoor. Gehoorproblemen moeten op een professionele en correcte manier worden behandeld. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn audiciens en audiologische centra hiervoor het meest geschikt.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de adviseur hulpmiddelen aan verzoekster heeft toegezegd dat zij haar Fit & Vrij budget vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering kan gebruiken voor de financiering van de hoortoestellen. Aangezien verzoekster een deel van dit budget al heeft gebruikt, zal de ziektekostenverzekeraar het resterende bedrag van € 946,-- aan verzoekster vergoeden.

Voorts voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij zich niet herkent in de stelling van verzoekster dat zij bij het afsluiten van de zorgverzekering door hem onvolledig is geïnformeerd. Op de website stond immers het ZN keuzeprotocol Hoorzorg vermeld.

5.5. Bij e-mailbericht van 23 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat de ter zitting gedane toezegging dat nog € 946,-- wordt vergoed ten laste van het Fit & Vrij budget onjuist is. De ziektekostenverzekeraar zal de toepasselijke eigen bijdrage vergoeden en deze bedraagt 25 percent van de kosten van de hoortoestellen. De factuur van 31 augustus 2016 van Beter Horen bedraagt € 3.054,-- zodat aan verzoekster een bedrag van € 763,50 wordt vergoed.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***“Omschrijving***

*U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in. (...)”*

8.4. Het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2016 regelt met betrekking tot hoortoestellen het volgende:

*"Omschrijving hulpmiddel: hoortoestellen categorie 1 tot en met 3, (bi)cros zender en oorstukjes Eigendom of bruikleen? Eigendom*

*Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: StAr geregistreerd audicien die werkt in een winkel met het keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien*

*Verwijzing door: Jonger dan 18 jaar, (bi)cros zenders en hoortoestellen die niet in de database zijn opgenomen: audiologisch centrum Overig: gecontracteerd triage-audicien/audiologisch centrum  
Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig.  
Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder: Ja u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.*

*Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden: Eigen bijdrage vanaf 18 jaar: U bent voor een hoortoestel een Eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten.*

*Gebruikstermijn U kunt uw hoortoestel, en (bi)cross zender minimaal 5 jaar gebruiken. Moet uw hoortoestel, of (bi) cross zender binnen 5 jaar vervangen worden, dan hebt u een aanvraag nodig van het audiologisch centrum*

*Bijzonderheden U hebt recht op vergoeding als uw gehoorverlies minimaal 35 dB is. Op basis van het hoorhulpmiddelen protocol wordt bepaald op welk type hoortoestel u recht hebt. Kijk voor meer informatie op onze website.*

*(...)*

*Omschrijving hulpmiddel: hoortoestellen categorie 4 en 5, maskeerder ter behandeling van oorsuizen, (bi) cros zender en oorstukjes*

*Eigendom of bruikleen? Eigendom*

*Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: StAr geregistreerd audicien die werkt in een winkel met het keurmerk 'De Audicien' en CvC gecertificeerd is of een SEMH erkende audicien*

*Verwijzing door: Jonger dan 18 jaar, complexe auditieve zorg, maskeerders, (bi)cros zenders en hoortoestellen die niet in de database zijn opgenomen: audiologisch centrum Overig: gecontracteerd triage-audicien/audiologisch centrum*

*Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: Nee, u hebt geen voorafgaande toestemming nodig.*

*Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder: Ja u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.*

*Andere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden: Eigen bijdrage vanaf 18 jaar: U bent voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder een Eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de aanschafkosten.*

*Gebruikstermijn U kunt uw hoortoestel, maskeerder of zender minimaal 5 jaar gebruiken. Als uw hoortoestel, maskeerder of zender binnen 5 jaar vervangen worden, dan hebt u een aanvraag nodig van het audiologisch centrum*

*Bijzonderheden U hebt recht op vergoeding als uw gehoorverlies minimaal 35 dB is. Op basis van het hoorhulpmiddelen protocol wordt bepaald op welk type hoortoestel u recht hebt. Kijk voor meer informatie op onze website.*

*(...)"*

- 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering regelt de medische noodzaak, en luidt:

**"Medische noodzaak**

*U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."*

- 8.6. De artikelen 1.2 en 34 van de zorgverzekering, en het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2016 zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 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 uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie is geregeld in artikel 2.6 onderdeel c Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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

- 8.9. Artikel 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt in algemene zin het volgende:

*"Fit & Vrij Pakket*

*Hebt u een VGZ Fit & Vrij Pakket? Dan geeft uw aanvullende verzekering u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden tot maximaal het Zorgtegoed van € 1.000 per kalenderjaar. Binnen dit Zorgtegoed gelden maxima voor: tandheelkundige zorg en brillen/contactlenzen. Het maximum voor tandheelkunde is € 450 per kalenderjaar, voor brillen/contactlenzen bedraagt het maximum € 150 per drie kalenderjaren. Als u uw maximum voor tandheelkundige zorg en/of brillen/contactlenzen niet helemaal opmaakt, dan mag u het restant besteden aan de andere zorg in het tegoed. Een restant van het budget besteden aan tandheelkundige zorg en/of brillen/contactlenzen als u voor deze zorg de maximale vergoeding al hebt bereikt, is niet mogelijk. Daarnaast geldt voor een aantal vergoedingen een maximum per dag, per behandeling of een eigen bijdrage. De maximale vergoedingen en/of eigen bijdragen worden in het betreffende zorgartikel vermeld. De vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland (artikel 15) en repatriëring (artikel 16) komt niet ten laste van uw Zorgtegoed."*

- 8.10. Artikel 39 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op hulpmiddelen en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"HULPMIDDELEN*

*Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:*

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

*Artikel 39. Audiologische hulpmiddelen*

*Omschrijving*

*Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel.*

*Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen."*

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoekster heeft ter zitting gesteld dat zij bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst heeft gedwaald omdat zij destijds door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende is voorgelicht. De commissie begrijpt deze stelling aldus dat verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar zijn mededelingsplicht heeft geschonden. Echter, naast een mededelingsplicht voor de ziektekostenverzekeraar was op dat moment sprake van een onderzoeksplicht voor verzoekster. In het toepasselijke reglement wordt gerefereerd aan de indeling in categorieën. Als deze systematiek voor verzoekster niet duidelijk was, lag het op haar weg hiernaar te informeren. Gesteld noch gebleken is echter dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar navraag heeft gedaan naar de vergoeding van hoortoestellen. Had zij dit wel gedaan, dan had zij van de ziektekostenverzekeraar vernomen dat iedere zorgverzekeraar in Nederland werkt volgens het ZN keuzeprotocol Hoorzorg, waar de indeling in categorieën uit voortvloeit. Van dwaling bij het aangaan van de verzekering kan onder de gegeven omstandigheden geen sprake zijn.

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.2. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, wordt gebruik gemaakt van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Uit dit protocol vloeit de indeling in de eerste tot en met de vijfde categorie voort. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1 derde lid Bzv, waarin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in artikel 1.2 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen VGZ 2016'. In dit reglement is opgenomen dat op basis van het ZN keuzeprotocol Hoorzorg wordt bepaald op welk type hoortoestel een verzekerde aanspraak heeft. De stelling van verzoekster dat in de verzekeringsvoorwaarden niet is geregeld dat geen aanspraak bestaat op andere hoortoestellen treft mede gelet op het voorgaande geen doel. In de verzekeringsvoorwaarden zijn alleen de verzekerde prestaties opgenomen met de eventueel van toepassing zijnde uitsluitingen en beperkingen, maar vanzelfsprekend niet alle niet-verzekerde zorg en overige diensten.
- 9.3. De door verzoekster aangeschafte toestellen betreffen hoortoestellen uit categorie zes. Door de leverancier is haar vooraf verteld dat het om 'buitencategorie' hoortoestellen gaat, waarvoor geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering wordt verleend. Door verzoekster is niet aannemelijk gemaakt dat zij niet uit kan met een geclassificeerd hoortoestel en daarom redelijkerwijs was aangewezen op de GNresound Linkx2 hoortoestellen. Het voorgaande betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. Op grond van artikel 1 in samenhang met artikel 39 van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster een zorgtegoed van € 1.000,-- per kalenderjaar welk bedrag zij onder andere kan besteden aan de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage (25 percent van de aanschafkosten) ter zake van hoortoestellen. Uit de factuur van 31 augustus 2016 van Beter Horen volgt dat de kosten van de hoortoestellen € 3.054,-- bedragen zodat de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage € 763,50 is. Niet (meer) in geschil is dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van dit bedrag ten laste van het zorgtegoed. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar echter verklaard dat verzoekster aanspraak kan maken op een vergoeding van € 946,--, zijnde het resterende deel van het zorgtegoed. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat deze informatie niet juist is en dat de maximale vergoeding € 763,50 bedraagt. Wat hiervan ook zij, de commissie is gezien de door hem ter zitting gedane toezegging van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar thans gehouden is aan verzoekster het bedrag van € 946,-- te vergoeden.



## Conclusie

- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 is bepaald. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.5 is bepaald.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.



Zeist, 19 april 2017,



P.J.J. Vonk

