



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestel, categorie 6, substitutie
Zaaknummer : 201801383
Zittingsdatum : 12 december 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 onderdeel c en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen



VGZ Zorgverzekeraar N.V. 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 Eigen 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 VGZ Aanvullend Best 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).
De eveneens bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Best is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 Widex Dream 440 Fusion (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 mei 2017 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 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. Bij brief van 19 september 2018 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.



3.4. Bij e-mailbericht van 26 september 2018 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 30 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 november 2018 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 november 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 november 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Nadien hebben partijen telefonisch verklaard af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.

 3.8. Bij brief van 1 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 3 december 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018055572) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen, op de grond dat uit de overgelegde stukken niet blijkt dat verzoekster niet zou kunnen volstaan met een hoortoestel uit de database, behorend bij categorie vier. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 december 2018 aan partijen gezonden.

 In reactie op dit advies heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 10 december 2018 aan de commissie medegedeeld een vergoeding te verlenen op basis van de geïndiceerde categorie vier. De commissie heeft een en ander op 10 december 2018 telefonisch aan verzoekster medegedeeld. In hetzelfde telefonisch contact heeft verzoekster verklaard dat dit voor haar geen reden is haar verzoek in te trekken. Een afschrift van het e-mailbericht van 10 december 2018 heeft de commissie op 12 december 2018 aan verzoekster gezonden.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster besloot in oktober 2015 tot vervanging van haar oude hoortoestellen. Omdat verzoekster over deze hoortoestellen zeer tevreden was, besloot zij, na eerst één hoortoestel van een ander merk te hebben geprobeerd, de verbeterde versie van haar oude hoortoestel aan te schaffen.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn verweer onder meer aangevoerd dat de overheid bepaalt welke hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen. Om verschillende redenen slaagt dit verweer niet. Zo is in de Zvw niets opgenomen over de indeling van hoortoestellen in categorieën. Daar komt bij dat het voor een consument volstrekt onduidelijk is met welke reden een hoortoestel uit categorie zes niet voor vergoeding in aanmerking komt. Omdat veel zorgverzekeraars hoortoestellen uit categorie zes helemaal niet vergoeden kan zelfs worden gesproken van kartelafspraken. Verder is verzoekster recent, uit onder meer een bindend advies van de commissie, bekend geworden dat de ziektekostenverzekeraar wel een vergoeding kan toekennen ter hoogte van het bedrag voor een hoortoestel uit de geïndiceerde categorie. Het is voor verzoekster niet duidelijk met welke reden de ziektekostenverzekeraar deze verandering in zijn beleid heeft gerealiseerd en met welke reden hij in haar situatie in zijn geheel geen vergoeding wil verlenen. Door helemaal niets te vergoeden handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met artikel 6:212 BW.

 4.3. Dat de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten alsnog een gedeeltelijke vergoeding te verlenen op basis van de geïndiceerde categorie vormt voor verzoekster geen reden haar verzoek in te trekken, aangezien zij meent aanspraak te hebben op volledige vergoeding. Zo niet, dan bestaat zonder meer aanspraak op vergoeding van de kosten van een toestel in de geïndiceerde categorie.

 4.4. 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 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op hulpmiddelenzorg geregeld. In dit artikel wordt verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2017. Dit reglement vormt onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. In het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2017 is ten aanzien van hoortoestellen opgenomen dat het type hoortoestel wordt bepaald op basis van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. De audicien bepaalt op basis van dit protocol in welke categorie een verzekerde wordt ingedeeld. Er zijn in totaal vijf categorieën opgenomen. Categorie zes bestaat uit de buitencategorie hoortoestellen.
- 5.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op vergoeding indien wordt gekozen voor een hoortoestel uit één van de aangewezen categorieën. Alleen als uit ten minste twee proeven is gebleken dat het hoortoestel uit de geïndiceerde categorie niet voldoet, bestaat aanspraak op een hoortoestel uit categorie zes. Het staat vast dat verzoekster niet ten minste twee hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie heeft geprobeerd. Zij heeft vrijwel direct de hoortoestellen van het type Widex Dream 440 Fusion 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. Dit betekent dat aan verzoeker ook geen gedeeltelijke vergoeding kan worden verleend op basis van de categorie vier hoortoestellen.
- 5.3. Voor zover verzoekster zich beroept op een eerder bindend advies geldt dat dit advies betrekking heeft op een andere zorgverzekeraar dan de ziektekostenverzekeraar. Ook de verwijzing van verzoekster naar artikel 6:212 BW snijdt geen hout, omdat zij is geïndiceerd voor een hoortoestel uit categorie vier en zij een hoortoestel uit categorie zes heeft aangeschaft.
- 5.4. Op grond van artikel 33 van de aanvullende ziektekostenverzekering kan verzoekster gebruik maken van een budget van maximaal € 500,- voor de kosten van hulpmiddelen. Dit budget mag worden besteed aan de vergoeding van (i) de wettelijke eigen bijdragen, (ii) eigen betalingen ter zake van hulpmiddelen, of (iii) hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Rzv en de kosten van de aanschaf van het betreffende hulpmiddel. Omdat de audicien bij de ziektekostenverzekeraar geen hoortoestellen uit categorie zes kan declareren, en er voor een dergelijk hoortoestel geen wettelijke eigen bijdrage in rekening wordt gebracht, bestaat op grond van artikel 34 van de aanvullende ziektekostenverzekeraar geen aanspraak.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 december 2018 medegedeeld aan verzoekster alsnog een vergoeding, onder aftrek van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage en het eventueel nog openstaande verplicht eigen risico, te verlenen op basis van de geïndiceerde categorie vier.
- 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 volledig dan wel tot het bedrag van een hoortoestel in de geïndiceerde categorie vier 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 36 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 vergoeding van de kosten van 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 2017 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: gecontracteerd triage-audicien/audiologisch centrum Jonger dan 18 jaar, (bi)cros zenders en hoortoestellen die niet in de database zijn opgenomen: audiologisch centrum

Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: Ja, u hebt voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruikstermijn

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

Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: Ja, u hebt voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruikstermijn

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, dan 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 36 van de zorgverzekering, en het Reglement Hulpmiddelen VGZ 2017 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, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.
- 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, derde lid, 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 33 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 33. Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen. 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.

(...)

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt

(...)

VGZ Aanvullend Best maximaal € 500 per kalenderjaar"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Bij de beoordeling of aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van 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 de artikelen 1.2 en 36 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen VGZ 2017'. In dit reglement is opgenomen dat voor de aanschaf, vervanging of reparatie van een hoortoestel vooraf toestemming moet worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Verder is in het reglement opgenomen dat op basis van het hoorhulpmiddelen protocol wordt bepaald op welk type hoortoestel aanspraak bestaat. Voor zover verzoekster stelt dat in de Zvw nergens wordt vermeld dat wordt gewerkt met een protocol, en dat het Keuzeprotocol Hoorzorg haar om die reden niet kan worden tegengeworpen, is dit derhalve niet juist. Daarbij is het de ziektekostenverzekeraar op grond van de artikelen 2.1, derde lid, en 2.9 Bzv toegestaan nadere voorwaarden aan de aanspraak op hulpmiddelen, waaronder hoortoestellen, te stellen.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft, nadat verzoekster de KNO-arts had bezocht, vastgesteld dat zij is geïndiceerd voor een hoortoestel uit categorie vier. De door verzoekster aangeschafte

hoortoestellen van het type Widex Dream 440 Fusion betreffen echter hoortoestellen uit categorie zes, waarvoor slechts bij uitzondering vergoeding ten laste van de zorgverzekering mogelijk is. Dat verzoekster niet uit kan met geïndiceerde hoortoestellen uit categorie vier zoals geïndiceerd, is door haar niet aannemelijk gemaakt. Het voorgaande wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut van 3 december 2018. Dit betekent dat de uitzondering bij verzoekster niet aan de orde is, en dat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door haar aangeschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

Substitutie, vergoeding andere zorgverzekeraar en ongerechtvaardigde verrijking

- 9.3. Verzoekster heeft, onder verwijzing naar een eerder bindend advies van de commissie (201601375), aangevoerd dat zij 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 ziektekostenverzekeraar een bedrag wordt vergoed als ware aan haar een hoortoestel uit categorie vier 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 niet de mogelijkheid van substitutie, zodat dit argument van verzoekster niet kan leiden tot vergoeding van althans een deel van de kosten.

Voor zover verzoekster heeft verwezen naar een eerder uitgebracht bindend advies van de commissie (201601375) geldt dat genoemd advies betrekking had op een procedure van een gevolmachtigde van de ziektekostenverzekeraar. Aangezien deze gevolmachtigde blijkens de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 oktober 2017 een eigen beslissingsbevoegdheid had, kan een en ander er niet toe leiden dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de onderhavige procedure is gebonden aan beslissingen van zijn gevolmachtigde in een ander geval, op basis waarvan hij is gehouden aan verzoekster een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen.

- 9.4. Het beroep op artikel 6:212 BW treft geen doel. Van ongerechtvaardigde verrijking is sprake als voor de verrijking geen redelijke grond aanwezig is. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar is verrijkt, omdat hij geen vergoeding hoeft te betalen voor de toegewezen categorie hoortoestel, terwijl verzoekster is verarmd omdat zij de volledige kosten van het hoortoestel zelf heeft betaald. Dit wordt echter gerechtvaardigd door de polisvoorwaarden waarmee verzoekster akkoord is gegaan. Zij voldoet niet aan de hierin opgenomen voorwaarden voor hoortoestel uit categorie zes en voorts bestaat geen recht op substitutie.

Verder is er geen reden te veronderstellen dat een en ander is gebaseerd op kartelafspraken. Verzekerden hebben recht op het geïndiceerde hulpmiddel, mits dit ook doelmatig is. Bij een indicatie voor categorie vier is verstrekking van een buitencategorie hoortoestel niet doelmatig, hetgeen een conclusie is die iedere zorgverzekeraar voor zich zal trekken. Welk merk/type hoortoestel per categorie wordt aangewezen is aan de zorgverzekeraar. Evenzo is het aan hem te besluiten of hij bereid is bij aanschaf van een niet-geïndiceerd toestel toch een vergoeding te verlenen. Uit het feit dat hierin verschillend wordt gehandeld - zoals verzoekster zelf signaleert - valt op te maken dat hierover tussen de zorgverzekeraars geen afspraken zijn gemaakt en dat evenmin sprake is van afgestemd gedrag.

- 9.5. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 10 december 2018 heeft verklaard desalniettemin een vergoeding, onder aftrek van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage en het eventueel nog openstaande verplicht eigen risico, te verlenen op basis van de geïndiceerde categorie vier.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Op grond van artikel 33 van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster een zorgtegoed van € 500,- per kalenderjaar. Genoemd bedrag is een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij de ziektekostenverzekeraar in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel. Daarnaast kan het zorgtegoed worden besteed aanonder andere de



voor hoortoestellen wettelijk verschuldigde eigen bijdrage (25 percent van de aanschafkosten). Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband aangevoerd dat verzoekster van dit zorgtegoed geen gebruik kan maken omdat (i) de audicien de kosten van hoortoestellen uit categorie zes niet rechtstreeks bij hem in rekening brengt, en (ii) er voor hoortoestellen uit categorie zes geen wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd. De commissie oordeelt dat dit standpunt na de verklaring van de ziektekostenverzekeraar van 10 december 2018 niet langer stand kan houden. Door de ziektekostenverzekeraar is immers verklaard alsnog een vergoeding te verlenen onder aftrek van de wettelijke verschuldigde eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage kan geen andere zijn dan die welke behoort bij hoortoestellen categorie vier. Naar het oordeel van de commissie kan verzoekster niet worden tegengeworpen dat de audicien de kosten van het hoortoestel niet rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. Dit was immers feitelijk onmogelijk omdat hoortoestellen categorie zes zijn geleverd. Om die reden oordeelt de commissie dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij merkt de commissie op dat verzoekster uitsluitend aanspraak heeft op een vergoeding voor zover zij het zorgtegoed nog niet heeft opgemaakt.



Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen in die zin dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij geldt dat verzoekster uitsluitend aanspraak heeft op een vergoeding voor zover zij het zorgtegoed nog niet heeft opgemaakt.
Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.
- 
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen en de ziektekostenverzekeraar verzoekster lopende de procedure (deels) is tegemoet gekomen, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan haar dient te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe in die zin dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij geldt dat verzoekster uitsluitend aanspraak heeft op een vergoeding voor zover zij het zorgtegoed nog niet heeft opgemaakt.
Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt verder dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.



Zeist, 12 december 2018,



H.A.J. Kroon

