



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieder,
vergoeding eigen bijdrage

Zaaknummer : 201700383

Zittingsdatum : 10 januari 2018



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub c, 2.10 en 2.33 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Excellent 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee hoortoestellen inclusief bijkomende kosten ten bedrage van totaal € 1.929,- (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 6 januari 2017 en 8 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.163,75, worden vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 31 januari 2017 en 8 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een nabetaling van € 155,- aan verzoeker te doen.
- 3.4. Bij brief van 8 augustus 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 1.318,75 (€ 1.163,75 + € 155,-) 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden

op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 november 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 23 november 2017 en 5 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 5 december 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017050633) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om te beoordelen of een individuele verzekerde in het voorkomende geval redelijkerwijs op vervanging dan wel reparatie van het hulpmiddel is aangewezen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 december 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 januari 2018 telefonisch gehoord en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 15 januari 2018 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 23 januari 2018 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 9 december 2016 bij een leverancier twee hoortoestellen aangeschaft. Daarnaast heeft verzoeker voor deze hoortoestellen onder andere een afkoopverzekering voor de reparatiekosten, een garantieverlenging en batterijen afgenomen. De nota ten bedrage van totaal € 1.929,- heeft verzoeker ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar hem medegedeeld dat een bedrag van € 459,38 per hoortoestel wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering en € 122,50 per hoortoestel ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage. Tot op heden verschilt verzoeker met de ziektekostenverzekeraar van mening over wat hieronder moet worden verstaan. Telkens komt de ziektekostenverzekeraar met een ingewikkelde berekening van onder andere de gemiddelde aanschafkosten, terwijl de bepaling in de wet duidelijk is: de eigen bijdrage bedraagt 25 percent van de aanschafkosten van het hoortoestel.
- 4.3. Gelet op alle onduidelijkheid hieromtrent vraagt verzoeker de commissie te bepalen welke kosten gerekend mogen worden tot de aanschafkosten. Verzoeker meent dat indien er maar eens in de vijf jaar een vergoeding wordt gegeven voor een hoortoestel, een garantieverlenging van twee naar vijf jaar redelijk is. Ook een jaarlijks nazorgconsult vormt een wezenlijk onderdeel van de aanschafkosten, aangezien geen enkele verzekerde zit te wachten op hoge reparatiekosten of een slecht werkend toestel. Verzoeker wenst dan ook een vergoeding van 25 percent te ontvangen over een bedrag van € 940,-. Dit bedrag is opgebouwd uit € 800,- (hoortoestel) plus € 75,- (garantieverlenging) plus € 65,- (helft van € 130,- nazorgcontract). Dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de door hem aangeschafte batterijen niet vergoedt, is bij verzoeker bekend.

4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat hij ook de mentaliteit van de ziektekostenverzekeraar onder de aandacht wil brengen. Indien de verzekeraar toegeeft fout te zien moet men daaraan ook consequenties verbinden. Verder geldt dat het verzoeker uit het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk blijkt dat de kosten van eventuele reparaties worden vergoed. Omdat verzoeker uit de tekst heeft begrepen dat hij eventuele reparaties zelf moet betalen is hij overgegaan tot het sluiten van de betreffende verzekering.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Indien een verzekerde zich voor een hulpmiddel wendt tot een niet-gecontracteerde leverancier worden de kosten vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft berekend dat dit tarief in het geval een hoortoestel uit categorie 3 wordt aangeschaft, € 459,38 per hoortoestel bedraagt. Dit tarief staat ook vermeld in het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar.

5.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage. Aangezien ook een niet-gecontracteerde leverancier moet werken volgens het Protocol Hoorzorg, heeft de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk aan verzoeker een vergoeding verleend van € 114,85 (25% van € 459,38) per hoortoestel. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar echter besloten dat de wettelijke eigen bijdrage € 200,-- (25% van € 800,--) dient te zijn. Om die reden is aan verzoeker een nabetaling van € 155,-- (2 x € 77,50) gedaan. De overige kosten die op de door verzoeker ingediende nota staan vermeld, zoals extra batterijen, het afkopen van reparatiekosten en een onderhoud-nazorgcontract behoren niet tot de aanspraak. De daadwerkelijke kosten die een verzekerde moet betalen zijn altijd hoger dan alleen de wettelijke eigen bijdrage.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat als een hulpmiddel niet goed functioneert men aanspraak heeft op een nieuw exemplaar dan wel reparatie van het hulpmiddel. In het tarief dat de ziektekostenverzekeraar heeft berekend zitten ook de kosten van eventuele reparaties. Het is de keuze van verzoeker geweest om voor eventuele reparaties een extra verzekering af te sluiten.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering 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 althans tot een hoger bedrag dan € 1.318,75 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 4 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering regelt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelenzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op:

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

b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;

c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor vergoeding

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen.

Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt.

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden Basisverzekeringen'.

(...)

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Besteld u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten?

Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'. (...)"

8.4. Artikel 4.4.1. van het Reglement Hulpmiddelen 2016 van de ziektekostenverzekeraar bepaalt met betrekking tot hoortoestellen het volgende:

"4.4.1 Hoortoestellen, afstandsbediening en oorstukjes

Bruikleen of eigendom? *In bruikleen*

Toestemming nodig? *Ja. Voor vervanging van het hoortoestel binnen 5 jaar moet u vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen*

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

Voorschrijver *• Verzekerden tot 18 jaar kunnen zich wenden tot een audiologisch centrum.*

Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts of een StAr geregistreerde audicien nodig

- Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAr geregistreeerde audicien
- Gebruikstermijn** • Voor hoortoestellen minimaal 5 jaar
- Voor oorstukjes, welke geleverd zijn voor 1 januari 2013, minimaal 30 maanden
- Voor oorstukjes, welke geleverd zijn na 1 januari 2013 geldt dat de gebruikstermijn door de audicien wordt bepaald

Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel? • 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

Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?

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.

U bent daarnaast geen eigen risico verschuldigd"

- 8.5. In artikel 4.3. van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering is bepaald wat de gevolgen zijn indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die voor de betreffende zorg niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. De betreffende passage luidt:

"4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke vergoeding er geldt bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

(...)

4.3.2 Restitutiepolis (Keuze Zorg Plan)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van 100% van de kosten van die zorg. Wij vergoeden de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)"

- 8.6. De artikelen 4.3 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' en 4 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen 2016 van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1. van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' 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 mixpolissen, 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 mixpolissen 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 is de hoorfunctie is geregeld in artikel 2.6, onderdeel c, Rzv en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv.

- 8.8. Artikel 2.33, tweede lid, Rzv regelt ter zake de eigen bijdrage het volgende:

"De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt vijftieng procent van de aanschafkosten."

- 8.9. 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.

- 8.10. Artikel 19 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op hoortoestellen en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 19 Hoortoestellen

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van een hoortoestel.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een hoortoestel vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Vergoedingen zorg basisverzekeringen').

(...)

Excellent maximaal € 300,- per persoon per toestel

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, wordt gebruik gemaakt van een indicatieprotocol. Uit dit indicatieprotocol vloeit de indeling in de eerste tot en met de vijfde categorie voort. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, 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.

Vast staat dat verzoeker is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 3 en dat de door hem aangeschafte toestellen in deze categorie vallen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar heeft verleend voor deze hoortoestellen. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.

- 9.2. Vast staat dat verzoeker de onderhavige hoortoestellen heeft aangeschaft bij een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier. In een dergelijke situatie bepaalt artikel 13 Zvw dat indien een verzekerde een zorg of dienst betreft bij een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of diensten gemaakte kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan invulling gegeven door in het Reglement Hulpmiddelen 2016 ter zake van hoortoestellen een maximale vergoeding per categorie hoortoestel op te nemen. Voor hoortoestellen uit categorie drie is de maximale vergoeding bepaald op € 459,38 per toestel. Vast staat dat dit bedrag per hoortoestel aan verzoeker is vergoed zodat hij geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Dat verzoeker heeft gekozen voor het afsluiten van een nazorgcontract en garantieverlenging, maakt het voorgaande niet anders. Het Reglement Hulpmiddelen 2016 voorziet niet in vergoeding van deze extra kosten. Bovendien hadden deze kosten niet gemaakt hoeven te worden indien door verzoeker was gekozen voor een gecontracteerde leverancier. Ook om die reden kan van de ziektekostenverzekeraar niet worden verlangd dat deze de betreffende kosten vergoedt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van artikel 19 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de wettelijk verschuldigde eigen bijdrage voor een hoortoestel. Artikel 2.33, tweede lid, Rzv bepaalt dat de eigen bijdrage voor hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie of ernstig oorsuizen 25% van de aanschafkosten bedraagt. Volgens verzoeker zijn de aanschafkosten in zijn geval € 940,- per hoortoestel. Over de kosten van extra batterijen zijn partijen niet verdeeld. De commissie is, anders dan verzoeker, van oordeel dat onder de aanschafkosten moeten worden verstaan de aanschafkosten van het hoortoestel en niet de eveneens door verzoeker afgenomen extra's, zoals de afkoop van reparatiekosten en een garantieverlenging. Laatstgenoemde kosten blijven derhalve, evenals de kosten van extra batterijen, voor rekening van verzoeker.
- De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 mei 2017 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen toegezegd aan verzoeker een bedrag van totaal € 200,- per hoortoestel te vergoeden. Dit bedrag is gebaseerd op 25 percent van het aanschafbedrag van € 800,- voor één hoortoestel. De commissie begrijpt dat verzoeker aldus in aanmerking komt voor een vergoeding van € 459,38 per hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, en 2 x € 200,- (25% x € 800,-) ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, een bedrag van € 1.318,76 totaal. Aangezien aan verzoeker reeds € 1.163,75 werd vergoed, bedraagt de nabetaaling € 155,01. Voor zover verzoeker aanspraak maakt op een hogere vergoeding dient dit gelet op het voorgaande te worden afgewezen.

Conclusie

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

Zeist, 7 februari 2018,

H.A.J. Kroon