



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, categorie 6
Zaaknummer : 201701146
Zittingsdatum : 7 maart 2018

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

(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: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
- 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend drie sterren 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 van het type Siemens/Signia Ace 3PX (hierna: Siemens/Signia, verder de aanspraak). Bij brief van 6 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 28 augustus 2017 heeft verzoeker 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 januari 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 24 januari 2018 en 6 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 17 januari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 14 februari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018003036) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat verzoeker niet uit zou kunnen met een hoortoestel uit categorie 4 of 5 en evenmin kan worden vastgesteld dat hij redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde hoortoestellen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 februari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 maart 2018 telefonisch gehoord en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 19 maart 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 21 maart 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. Na een val van een trap bleek het gehoor van verzoeker te zijn aangetast. Om die reden heeft hij bij de Noordwest ziekenhuisgroep te Alkmaar een gehoortest laten doen. Nadat uit deze test was gebleken dat verzoeker voor beide oren is aangewezen op een hoortoestel, heeft hij een audicien bezocht. In diens zaak heeft verzoeker de Siemens/Signia toestellen geprobeerd. Verzoeker heeft voor de betreffende hoortoestellen gekozen omdat deze, vanwege het kunnen instellen van meer frequenties dan de toestellen behorende tot één van de vijf categorieën van het Keuzeprotocol Hoorzorg, beter aansluiten bij zijn persoonlijke situatie. Bovendien zijn de hoortoestellen klein waardoor deze prettig draagbaar zijn en dus meer comfort bieden dan andere toestellen. Na de proefperiode heeft verzoeker de Siemens/Sigma toestellen aangeschaft. Hij merkt op dat hij hierbij door de audicien op de mogelijkheid is gewezen dat de hoortoestellen niet worden vergoed.
- 4.2. Verzoeker heeft de nota van € 2.564,99 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Deze heeft vergoeding afgewezen omdat de toestellen tot de buitencategorie behoren. Verzoeker kan zich hierin niet vinden, omdat hij bij aanschaf van hoortoestellen die wél binnen één van de vijf categorieën van het Keuzeprotocol Hoorzorg vallen, een vergoeding van totaal 52,5 percent van de kostprijs - omdat de audicien niet is gecontracteerd - zou hebben ontvangen, terwijl hem nu niets wordt vergoed.
- 4.3. Telefonisch is aan verzoeker medegedeeld dat in het door de zorgverzekeraars opgestelde Keuzeprotocol Hoorzorg is geregeld dat zorgverzekeraars vrij zijn te bepalen of een vergoeding wordt betaald voor hoortoestellen die tot de buitencategorie behoren en, zo ja, hoe hoog deze vergoeding is. Dit bevreemdt verzoeker aangezien de meeste zorgverzekeraars in een dergelijk geval geen vergoeding zullen toekennen. Het Keuzeprotocol Hoorzorg is daarom in het voordeel van de zorgverzekeraars en in het nadeel van de verzekerden. Verzoeker meent dat een verzekerde de vrije keuze zou moeten hebben voor een hoortoestel en dat, indien wordt gekozen voor een toestel behorend tot de buitencategorie, de kosten zouden moeten worden vergoed op basis van de hoogste categorie waarvoor de verzekerde in aanmerking komt. Een dergelijk systeem zou

vergelijkbaar zijn met het systeem dat de ziektekostenverzekeraar hanteert bij de vergoeding van brillen. Hiermee zou ook worden gehandeld in het belang van de verzekerde en niet enkel in dat van de zorgverzekeraar.

Verder merkt verzoeker op het vreemd te vinden dat indien hij een restitutiepols had afgesloten, kennelijk wel een deel van de kosten zou zijn vergoed. Eerst in 2016 was verzoeker op de hoogte dat hij bij de ziektekostenverzekeraar een naturapolis had afgesloten. Eerder was hij hiervan niet op de hoogte.

4.4. Ter zitting is door verzoeker heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat hij het onacceptabel vindt dat de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding hoeft te verlenen indien wordt gekozen voor een hoortoestel uit de buitencategorie. Verzoeker meent dat hij in ieder geval aanspraak heeft op een vergoeding ter hoogte van het bedrag voor hoortoestellen uit categorie vijf, de categorie waarvoor hij een indicatie heeft.

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. Artikel 29 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op hulpmiddelenzorg. Nadere voorwaarden zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen, welk reglement deel uitmaakt van de polisvoorwaarden. Artikel 4.4.1 van het reglement regelt de aanspraak op hoortoestellen. Bij het bepalen of aanspraak bestaat op hoortoestellen wordt het door Zorgverzekeraars Nederland opgestelde Keuzeprotocol Hoorzorg gevolgd. De te vergoeden hoortoestellen zijn in het protocol onderverdeeld in vijf categorieën. Hoortoestellen worden verstrekt op basis van een functiegerichte aanspraak. Dit betekent dat aanspraak bestaat op toestellen die doelmatig en adequaat zijn en passen bij de mate van gehoorverlies en de wensen van de verzekerde. Alle leveranciers van hoortoestellen, zowel de gecontracteerde als de niet-gecontracteerde, volgen het protocol. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie blijkt dat verzoeker is geïndiceerd voor een hoortoestel uit categorie 4 of 5.

5.2. Verzoeker heeft een naturapolis op grond waarvan hij aanspraak heeft op zorg in natura. Dit geldt ook indien de zorg "mechanisch", zoals een hulpmiddel, is. Verzoeker heeft Siemens/ Signia toestellen aangeschaft, omdat hij optimaal wil kunnen communiceren. Deze hoortoestellen behoren niet tot één van de vijf categorieën van het Keuzeprotocol Hoorzorg, maar tot de zogenaamde buitencategorie. Omdat verzoeker zelf heeft gekozen voor de hoortoestellen komen de hieraan verbonden kosten niet voor een (gedeeltelijke) vergoeding in aanmerking. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij bij een restitutiepols, in geval van aanschaf van een toestel uit de buitencategorie, 125 percent van het gemiddeld gecontracteerd tarief - minus de wettelijke eigen bijdrage van 25 percent - van de categorie waarvoor de verzekerde is geïndiceerd, vergoedt. Hij is niet bereid voor verzoeker een uitzondering te maken door alsnog (een deel van) de kosten te vergoeden. Verzoeker is immers door de audicien voldoende geïnformeerd dat voor een hoortoestel uit categorie zes geen vergoeding wordt verleend. Desondanks heeft verzoeker een hoortoestel uit die categorie aangeschaft.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de zorgverzekering geen mogelijkheid kent van substitutie van zorg, zodat het niet mogelijk is verzoekster een gedeeltelijke vergoeding te verlenen op basis van het bedrag voor hoortoestellen uit categorie vijf.

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 18.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 is gehouden 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en 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;

(...)

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

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.

(...)"

8.4. Artikel 2.4 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de verzekerde zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent."

8.5. Artikel 4.4 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

"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 valideerbaar 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) (...)

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.

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

(...)

Toestemming nodig?

(...)

Nee

(...)

- Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar een gecontracteerde audicien Voorschijver

(...)

- Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAr geregistreerde audicien

(...)

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."

8.6. Artikel 2.7 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

"Bijzondere bepalingen bij levering via een niet-gecontracteerde leverancier

Gaat u naar een niet-gecontracteerde leverancier? (...) Dan gelden nog steeds de nadere voorwaarden zoals die per hulpmiddel zijn beschreven in de regeling en dit reglement. In afwijking daarvan gelden de volgende specifieke voorwaarden.

(...)

g Bij hoortoestellen en tinnitusmaskeerders moet de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd zijn door de Stichting Audicienregister (StAr), moet deze werken met het Protocol Hoorzorg en de daarbij behorende categorie-indeling, en moet de audicien in het bezit zijn van een StAr registratie. Kiest u voor een toestel uit een andere categorie dan is vastgesteld aan de hand van het Protocol Hoorzorg? Dan ontvangt u een vergoeding zoals staat onder i.

(...)

i Schaft u een hulpmiddel aan dat duurder is dan waarop u medisch gezien bent aangewezen dan vergoeden wij:

- (...)

- *als u een polis heeft die wordt genoemd onder 2 t/m 4 bij artikel 2.6 helemaal niets."*

De door verzoeker afgesloten zorgverzekering is in artikel 2.6 onder 2 t/m 4 vermeld.

8.7. De artikelen 2.4 en 4 van de zorgverzekering en de artikelen 2.7 en 4.4 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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 is 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.

- 8.9. 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.

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 het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Uit dit protocol vloeit voort de indeling in de eerste tot en met de vijfde categorie. 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 2.4 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2017'. Daarbij is in artikel 4 van de zorgverzekering opgenomen dat voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van hulpmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier - zoals hier aan de orde - vooraf toestemming moet worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Verder is in artikel 2.7 van het reglement bepaald dat indien het hoortoestel wordt geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier, deze moet werken overeenkomstig het protocol en de daarbij behorende categorie-indeling. Voorts is in genoemd artikel bepaald dat indien wordt gekozen voor een toestel van een andere categorie dan is vastgesteld aan de hand van het protocol, ter zake van de zorgverzekering geen vergoeding wordt toegekend. Voor zover verzoeker stelt dat het bepaalde in het 'Reglement Hulpmiddelen 2017' van de ziektekostenverzekeraar en het Keuzeprotocol Hoorzorg hem niet kan worden tegengeworpen omdat dit in zijn nadeel is, treft die stelling geen doel. Het is de ziektekostenverzekeraar op grond van de artikelen 2,1, derde lid, en 2.9 Bzv immers toegestaan nadere voorwaarden aan de aanspraak op hulpmiddelen, waaronder hoortoestellen, te stellen.
- 9.2. Vast staat dat verzoeker is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 4 of 5 en dat de door hem aangeschafte toestellen Siemens/Signia niet onder één van de vijf categorieën uit het protocol vallen. Verzoeker heeft vóór de aanschaf geen contact gehad met ziektekostenverzekeraar. Voorts staat vast dat verzoeker door de audicien nadrukkelijk is gewaarschuwd dat de kosten

van de betreffende toestellen mogelijk niet zouden worden vergoed. Verzoeker heeft verklaard de hoortoestellen te hebben gekozen vanwege het comfort en de mogelijkheid deze in te stellen op basis van zijn persoonlijke gehoorsituatie. Door verzoeker zijn geen andere hoortoestellen geprobeerd, terwijl hij ook niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij niet uit zou kunnen met een geclassificeerd hoortoestel en daarom redelijkerwijs was aangewezen of de Siemens/Signia hoortoestellen. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 14 februari 2018. De commissie neemt de conclusie van het advies over en maakt deze tot de hare. Het voorgaande betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij wellicht geen aanspraak heeft op volledige vergoeding, maar dan toch in ieder geval op een gedeeltelijke vergoeding, die eruit zou moeten bestaan dat door de ziektekostenverzekeraar een bedrag wordt vergoed als ware aan hem een hoortoestel uit categorie vijf 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 verzoeker niet kan leiden tot vergoeding van althans een deel van de kosten.

9.4. Dat verzoeker wel recht had gehad op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten indien hij bij de ziektekostenverzekeraar een restitutiepolis had afgesloten, maakt het voorgaande niet anders. Een restitutiepolis kent veelal een hogere premie dan een naturapolis en dit rechtvaardigt de hogere vergoeding. Voor zover verzoeker zich beroept op onbekendheid met het verschil tussen een naturapolis en een restitutiepolis geldt het volgende. Een zorgverzekering heeft in beginsel een looptijd van één kalenderjaar. Zorgverzekeraars informeren hun verzekeringnemers aan het eind van ieder kalenderjaar over de verzekeringen die voor het volgend kalenderjaar kunnen worden afgesloten. Indien de verzekeringnemer niet besluit tot het afsluiten van een andere basisverzekering, wordt de op dat moment van toepassing zijnde basisverzekering stilzwijgend verlengd. Het is aan de verzekeringnemer - in dit geval verzoeker - periodiek te controleren of het verzekeringspakket nog aan zijn wensen en behoeften voldoet en zich hierbij, indien nodig, te laten adviseren. Het beroep op onbekendheid met de (ruimere) dekking van de restitutiepolis kan om die reden niet slagen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2018,

P.J.J. Vonk