



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen
Zaaknummer : 201400005
Zittingsdatum : 1 oktober 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub c en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 75 percent van de kosten van twee hoortoestellen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 mei 2013 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 1 augustus 2013 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 brief van 16 juni 2014 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 31 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 augustus 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 september 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 augustus 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 september 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014098085) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de exacte zorgvraag van verzoekster en het daaruit voortvloeiende hoortoestel. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 3 oktober 2014 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 13 oktober 2014 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 een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier hulpmiddelen bezocht, die haar twee hoortoestellen heeft aangemeten. Verzoekster heeft vervolgens de voorwaarden van de zorgverzekering, de website van de ziektekostenverzekeraar en een wijzigingenoverzicht bekeken. Hieruit heeft zij opgemaakt dat zij 75 percent van de kosten van de hoortoestellen vergoed zou krijgen, zonder enige restrictie.
- 4.2. Verzoekster is vervolgens overgegaan tot aanschaf van de hoortoestellen. De ziektekostenverzekeraar deelde haar mede dat zij geen vergoeding ontvangt. De reden is dat de hoortoestellen duurder zijn dan de hoortoestellen waarop verzoekster aanspraak heeft. Verzoekster merkt hierover op dat haar door de leverancier weliswaar is gezegd dat zij geen vergoeding zou ontvangen, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, maar dat zij met deze leverancier geen overeenkomst heeft. Verzoekster is van mening dat zij uit de door de ziektekostenverzekeraar beschikbaar gestelde informatie moet kunnen opmaken welke vergoeding zij ontvangt. Nu deze informatie hierover niets anders vermeldt dan dat 75 percent van het aankoopbedrag wordt vergoed, is verzoekster van mening dat de ziektekostenverzekeraar haar deze vergoeding dient te verlenen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat in de polisvoorwaarden staat dat de vergoeding 75 percent bedraagt. De ziektekostenverzekeraar weigert evenwel deze vergoeding te verlenen omdat het toestel niet in de database staat. De voorwaarden bevatten op dit punt echter geen restricties. Bovendien wordt door de ziektekostenverzekeraar niet ingegaan op de argumenten van verzoekster. Tot slot spreekt de NZa over het resterend geschil, en dat is het niet.
- 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. De gecontracteerde leveranciers van de ziektekostenverzekeraar zijn op de hoogte van de vergoedingssystematiek en de werkwijze voor hoortoestellen. Zij informeren hun cliënten hierover. Uit de stukken blijkt dat verzoekster door de leverancier op de hoogte is gebracht van het feit dat geen vergoeding mogelijk is voor de door haar aangeschafte hoortoestellen. De betreffende hoortoestellen zijn namelijk niet opgenomen in de hoortoestellendatabase. Verzoekster had - alvorens over te gaan tot aanschaf - een aanvraag kunnen en moeten indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft zij echter nagelaten.

5.2. Verzoekster heeft na raadpleging van de website en de voorwaarden geconcludeerd dat zij een vergoeding zou ontvangen. De vergoeding vindt plaats op basis van de geïndiceerde klasse, die volgt uit het indicatieprotocol van Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN). Dit indicatieprotocol is openbaar en beschikbaar gesteld via de website van ZN. In de artikelen 3.2 van de zorgverzekering en 2.5 van het Reglement Hulpmiddelen is bepaald dat de doelmatigheid van een verstrekking wordt getoetst. Het gaat daarbij om de verstrekking van de meest adequate oplossing, en niet om de meest uitgebreide, en vaak onnodig dure, oplossing.

5.3. Op de website van de ziektekostenverzekeraar was in 2013 bij 'veelgestelde vragen' vermeld dat het indicatieprotocol van toepassing is, en dat het niet mogelijk is bij te betalen ingeval een duurder hoortoestel wordt aangeschaft dan is geïndiceerd.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster naar een gecontracteerde leverancier is gegaan, die heeft gezegd dat de kosten niet worden vergoed. Op de website is vermeld wat er gebeurt als hoortoestellen worden aangeschaft die niet in de database zijn opgenomen. Bovendien is in het Reglement hulpmiddelen opgenomen dat een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekering nodig is. Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut is informatie ingewonnen bij de audicien. Deze heeft in de eerste plaats verklaard dat verzoekster wist dat de kosten niet zouden worden vergoed. Verder heeft hij gesteld dat hij zelf de '220' zou hebben geadviseerd als het protocol niet van toepassing zou zijn. Nu dit anders is, was de '110' aangewezen. Volgens het protocol moeten eerst twee toestellen uit de database worden geprobeerd. In onderhavig geval is dit niet gebeurd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van 'Hoofdstuk A' 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 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.17. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.17.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Dit betreft medische

hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking. Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet.

Let op!

De zorg omvat niet:

a. kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel.

Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven; (...)

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering.

In het Reglement staat ook het volgende:

a. De voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;

b. Of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;

c. Welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;

d. De hoogte van een eventuele eigen bijdrage of maximum vergoeding. (...)

B.17.5. Voorwaarden

Algemeen

a. U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven. Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.

b. U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel. Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgverlener met wie wij een zorg- en/of internetovereenkomst mee hebben gesloten, zien daar op toe.

c. U hebt een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener

voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

d. Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven."

- 8.4. Artikel B.17.8. van het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar regelt de aanspraak op onder andere hoortoestellen en luidt, voor zover hier van belang:

"A. Elektro akoestische hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes (...)

a. als sprake is van een revalideerbaar oor met drempelverlies van minstens 35 dB voor het betreffende oor, (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) of ernstig oorsuizen;

b. bijzondere individuele zorgvragen (...)

Gecontracteerde zorgverlener (...)

Wettelijke eigen bijdrage: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes. Het hulpmiddel moet geleverd worden door gediplomeerd audicien. Geen vergoeding voor: Vervanging batterijen of accu's en accessoires

Audiogram mag niet ouder zijn dan 6 maanden. (...)"

- 8.5. Artikel 2.3 van het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:

"2.3.1. Wel of geen akkoordverklaring

Voor veel hulpmiddelen hoeft u voor aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie niet vooraf een zorgadvies en/of akkoordverklaring bij ons aan te vragen. De zorgverleners die wij hebben gecontracteerd, beoordelen in dit geval namens ons of u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking en welk hulpmiddel voor uw situatie is aangewezen. In het onderstaande overzicht van hulpmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen, is steeds aangegeven of u hiervoor bij de zorgverlener terecht kunt of dat u wel een zorgadvies en akkoordverklaring bij ons moet aanvragen. Als u het hulpmiddel wilt aanschaffen bij een niet gecontracteerde zorgverlener, moet u altijd eerst een akkoordverklaring bij ons aanvragen (zie ook art. 2.2 van dit reglement).

2.3.2. Akkoordverklaring aanvragen

U vraagt de akkoordverklaring schriftelijk bij de afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice aan. U moet hiervoor een zorgaanvraag naar ons sturen. (...)"

- 8.6. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de niet-wettelijke zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen: (...)

d. u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"

- 8.7. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering, B.17. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering, 2.3 en B.17.8. van het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 hoortoestellen is geregeld in artikel 2.6 sub c en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv.

Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts wordt beantwoord op basis van zorginhoudelijke criteria.

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 D.4.5. van 'Hoofdstuk D' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op hoortoestellen en luidt, voor zover hier van belang:

*"D.4.5.1. Omschrijving van de zorg
De zorg omvat de aanschaf van (een) hoortoestel(len).*

*D.4.5.2. Waar hebt u recht op?
Wij vergoeden (een deel van) het bedrag dat u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor (een) hoortoestel(len). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. (...)*

*Let op!
De algemene uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.*

*D.4.5.3. Voorwaarden
Zie artikel D.4.1. (...)"*

8.11. Artikel D.4.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"D.4.1.2. Waar hebt u recht op?
Functionerende medische hulpmiddelen zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering. Op grond van de wet geldt voor een aantal medische hulpmiddelen een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage en/of een wettelijk vastgesteld maximum vergoeding. Wij geven u een aanvullende vergoeding voor de wettelijk vastgestelde eigen bijdragen en de wettelijk vastgestelde maximumbedragen die op deze medische hulpmiddelen van toepassing zijn. Wat en hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.*

*Let op!
Alle uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden ook voor bovenstaand artikel D.4.1.*

Extra kosten (zoals luxe uitvoering) van een hulpmiddel worden niet vergoed. (...)"

8.12. Op het Vergoedingen Overzicht is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"Hoortoestellen
maximaal € 300,- per hoortoestel van het bedrag dat u volgens de basisverzekering zelf moet betalen"*


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat een hoortoestel een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Evenmin is in geschil dat hoortoestellen volgens het indicatieprotocol alleen worden vergoed indien door de audicien is vastgesteld binnen welke categorie van slechthorenden iemand valt. In dat geval worden alleen de bij die categorie behorende hoortoestellen vergoed. Er bestaat geen mogelijkheid van 'bijbetaling', waardoor wordt voorkomen dat onnodig kostbare - en daarmee niet doelmatige hulpmiddelen - ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. De in het kader van het protocol aangewezen hoortoestellen zijn opgenomen in een database waartoe zowel de ziektekostenverzekeraar als de audicien toegang heeft. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster aan het indicatieprotocol is gebonden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Gelet op artikel B.17. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering, in samenhang met artikel 2.3 van het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar, wordt een onderscheid gemaakt tussen hoortoestellen die worden geleverd door een gecontracteerde leverancier en hoortoestellen die worden geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier. Ingeval een gecontracteerde leverancier de hoortoestellen levert, geldt dat deze de beoordeling uitvoert en de kosten ervan rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar declareert. De ziektekostenverzekeraar vergoedt dan de volledige nota, en brengt een eigen bijdrage van 25 percent bij de verzekerde in rekening. Er is in dat geval geen voorafgaande akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar nodig. In de situatie waarbij wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde leverancier, geldt dat een voorafgaande akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar is vereist. De ziektekostenverzekeraar voert in dat geval de beoordeling uit.
- 9.3. Verzoekster heeft gekozen voor een gecontracteerde leverancier, zodat zij geen voorafgaande akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar nodig had. Consequentie hiervan is dat de betreffende leverancier namens de ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of verzoekster in aanmerking komt voor een hoortoestel, welk type hoortoestel volgens het indicatieprotocol moet worden verstrekt, en of verzoekster hiervoor een vergoeding ontvangt van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de leverancier aan verzoekster heeft medegedeeld dat geen vergoeding mogelijk was voor de door haar gekozen hoortoestellen aangezien zij hiervoor op grond van het indicatieprotocol niet in aanmerking komt. Zulks is door verzoekster bevestigd tijdens een telefoongesprek met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen. Vast staat derhalve dat verzoekster ervan op de hoogte was dat zij geen vergoeding zou ontvangen voor de hoortoestellen.
- 9.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij geen overeenkomst heeft met de leverancier, maar met de ziektekostenverzekeraar. Om die reden hoefde zij naar haar mening niet af te gaan op de mededeling van de leverancier dat geen vergoeding zou plaatsvinden.
- 9.5. Zoals hiervoor is overwogen, is in artikel 2.3 van het Reglement Hulpmiddelen bepaald dat de gecontracteerde leverancier de beoordeling voor de ziektekostenverzekeraar uitvoert. Bij twijfel over de uitkomst van deze beoordeling had verzoekster hierover contact kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar, hetgeen zij echter heeft nagelaten. Daarmee heeft zij het risico aanvaard dat de onderhavige kosten voor haar rekening zouden blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot maximaal € 300,-- voor het bedrag dat een verzekerde volgens de zorgverzekering zelf moet betalen. Nog daargelaten



of in de onderhavige kwestie kan worden gesproken van een eigen bijdrage - de nota is immers afgewezen - geldt dat artikel D.4.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering een expliciete uitsluiting bevat van de kosten van een luxe uitvoering van een hulpmiddel. Hiervan is in de onderhavige situatie sprake. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.




Conclusie



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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2014,



Voorzitter

