

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen, mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401972

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 20 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 26 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 mei 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 19 juni 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025012754) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 juni 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 september 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een aanvullende reactie te geven, wat hij bij brief van 22 september 2025 heeft gedaan. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, wat hij bij e-mailbericht van 9 oktober 2025 heeft gedaan. Een afschrift van deze reactie is op 10 oktober 2025 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 10 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 juni 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. In 2010 is vastgesteld dat het gehoor van verzoeker niet goed was. Omdat de nadelen van een hoorhulpmiddel niet opwogen tegen de voordelen van beter horen, is hem destijds afgeraden hoortoestellen te gaan dragen. In 2023 was zijn gehoor echter dusdanig verslechterd dat hij bijna niemand meer kon verstaan. Hij heeft zich aanvankelijk gewend tot Beter Horen. Uiteindelijk heeft hij de toestellen niet daar aangeschaft, maar bij een audicien in Brugge, België. De kosten van de hoortoestellen van het type Audeo L50-R bedroegen € 4.509,--. De nota ter zake heeft verzoeker met het declaratieformulier van 4 januari 2024 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 2 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de nota (nog) niet in behandeling kon worden genomen, omdat hiervoor geen akkoordverklaring was gevraagd.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 28 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij geen vergoeding ontvangt voor de gedeclareerde hoortoestellen. Nadat verzoeker hierover diverse brieven had gestuurd, heeft de ziektekostenverzekeraar hem bij brieven van 28 maart 2024, 4 juni 2024 en 24 juni 2024 meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 19 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 21 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Brugge aangeschafte hoortoestellen van het type Audeo L50-R, ten bedrage van € 4.509,--, alsnog aan hem te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 20 maart 2025 aangevoerd dat hij op 26 juli 2023 heeft gesproken met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij heeft gevraagd naar de vergoeding van hoortoestellen. Toen is hem verteld dat hij een vergoeding zou ontvangen van 70%. Als hij een aanvullende verzekering had afgesloten, wat het geval is, zou hij nog € 200,-- extra ontvangen. Dit telefoongesprek wordt door de ziektekostenverzekeraar niet ontkend. Wel is in de telefoonnotitie opgenomen dat zou zijn gezegd dat bij de aanvraag voor de hoortoestellen de herleidbare eindscores, volgend uit het Keuzeprotocol Hoorzorg, moeten worden meegestuurd. Verzoeker merkt op dat dit hem niet is verteld. Wel is hem meegedeeld wat de vergoedingen zijn en is hem aangeraden naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.
- 3.3. Verzoeker had evenwel een slechte ervaring met Beter Horen. Hij is daarom uitgeweken naar Brugge. De kosten liggen daar lager, de kwaliteit is er beter, er zijn geen wachttijden, Brugge is ook dicht bij zijn woonadres, en de verbindingen met het openbaar vervoer zijn goed. Verder is de benadering daar wat hem betreft beter.

Volgens de ziektekostenverzekeraar had Beter Horen hem twee hoortoestellen moeten laten proberen. Verzoeker is door Beter Horen echter direct doorverwezen naar een audiologisch centrum op circa 60 kilometer afstand van zijn woonplaats, waarbij hij tweemaal € 5,-- tol kwijt zou zijn voor de tunnel. Het was verzoeker niet bekend dat hij eerst twee hoortoestellen moest proberen, terwijl Beter Horen hiervan kennelijk wel op de hoogte was. Verzoeker vraagt zich af of de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde partijen wel aan de minimale kwaliteitseisen voldoen. Voor zover hem wordt verweten dat hij zich niet door de ziektekostenverzekeraar heeft laten begeleiden, merkt verzoeker op dat hij nergens in de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering terugleest dat de ziektekostenverzekeraar dit doet.

- 3.4. Verzoeker leest voorts niet terug in de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering dat het Keuzeprotocol Hoorzorg op hem van toepassing is. Overigens heeft het hem zeer veel moeite gekost deze voorwaarden schriftelijk van de ziektekostenverzekeraar te verkrijgen. Artikel 2.10 van de Regeling zorgverzekering was bij hem pas bekend op 22 januari 2025. Verder had verzoeker in 2023 een restitutiepolis afgesloten. Dit houdt in dat hij vrij was in de keuze voor de zorgaanbieder. Hij zou dan ook een vergoeding voor de hoortoestellen moeten ontvangen, zonder vooraf toestemming te moeten vragen.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat verzoeker passende hoortoestellen geleverd heeft gekregen. Hem wordt enkel verweten dat hij niet de juiste procedure heeft gevolgd. Deze procedure is, als gezegd, evenwel niet opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft zorgvuldig gehandeld alvorens de hoortoestellen aan te schaffen. Daarom is hij van mening dat de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan aan hem dient te vergoeden.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij door Beter Horen was doorgestuurd naar een audiologisch centrum in Goes, omdat een hoortoestel uit de landelijke database niet passend voor hem zou zijn. Het had daarom geen zin twee toestellen uit deze database uit te proberen. De afstand tot Goes was voor verzoeker echter driemaal verder dan die naar Brugge. Verzoeker heeft vooraf telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de vergoeding. Hem is toen verteld welke vergoeding hij zou ontvangen, en hem is aangeraden naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Hij heeft hierbij opgemerkt dat hij een restitutieverzekering heeft, wat hem in staat stelt naar iedere zorgaanbieder naar keuze te gaan. Andere zaken zijn niet besproken. Verzoeker is van mening dat het niet vergoeden van het hoortoestel in strijd is met het vrije verkeer van diensten en met de Mededingingswet.
- 3.7. Bij e-mailbericht van 9 oktober 2025 heeft verzoeker verklaard dat hij wil benadrukken dat Beter Horen hem had moeten verwijzen naar een toestel dat bij hem hoort, maar dat is niet gebeurd. Dit kan verzoeker niet worden aangerekend.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem in Brugge aangeschafte hoortoestellen. Hij heeft hiertoe in zijn heroverweging van 25 juni 2024 aangevoerd dat de voorwaarden voor hoortoestellen zijn beschreven in artikel B.17.8 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Indien wordt gekozen voor een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, moet vooraf een akkoordverklaring worden gevraagd. Dit is ook tijdens het telefoongesprek op 26 juli 2023 aan verzoeker meegedeeld. Verder is tijdens dit gesprek naar voren gebracht dat bij de aanvraag voor hoortoestellen de herleidbare eindscores, volgend uit het Keuzeprotocol Hoorzorg moeten worden meegestuurd. Verzoeker heeft echter op 28 december 2023 de hoortoestellen bij een

niet-gecontracteerde zorgaanbieder aangeschaft zonder een voorafgaande akkoordverklaring te vragen en zonder het Keuzeprotocol Hoorzorg te volgen.

- 4.2. Verzoeker heeft nog meegedeeld dat hij van mening is dat van de medewerker van Beter Horen mocht worden verwacht dat zij hem twee hoortoestellen zou hebben laten testen. Voor een proefperiode geldt echter geen vaste termijn. Als verzoeker de ziektekostenverzekeraar had benaderd, omdat hij van mening was dat hij bij Beter Horen niet goed werd geholpen, had de ziektekostenverzekeraar hem hierin kunnen begeleiden.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 26 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat uit de aanvraag niet blijkt dat het Keuzeprotocol Hoorzorg is gevolgd. Daarnaast blijkt het niet om hoortoestellen uit de landelijke database te gaan. Volgens de voorwaarden is voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellendatabase staat een aanvullende toelichting vereist. Bovendien moeten eerst twee hoortoestellen uit deze database zijn geprobeerd, voordat er sprake kan zijn van een vergoedingsindicatie. In de situatie van verzoeker is niet aan deze vereisten voldaan en daarom is er geen vergoedingsindicatie voor de aan hem geleverde hoortoestellen. Verzoeker heeft om hem moverende redenen gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, maar dit neemt niet weg dat de voorwaarden van artikel B.17.8 van het Reglement Hulpmiddelen onverkort van toepassing blijven. Er is pas sprake van een vergoedingsindicatie voor de hoortoestellen als aan de gestelde voorwaarden is voldaan. Daarnaast is niet gebleken dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een duurder en uitgebreider hoortoestel, bijvoorbeeld omdat in zijn situatie niet kon worden volstaan met een hoortoestel uit de landelijke database. Ten overvloede moet worden opgemerkt dat tot op heden niet bekend is of de Belgische zorgaanbieder destijds voldeed aan de voorwaarde van erkenning volgens het StAr-keurmerk en/of de Erkenningsregeling. Dit blijkt in ieder geval niet uit openbare bronnen en is ook niet aangetoond door verzoeker. Uit het dossier blijkt dat het Keuzeprotocol Hoorzorg niet is gevolgd en dat de hoortoestellen zijn aangeschaft zonder vast te stellen dat verzoeker redelijkerwijs niet kon volstaan met hoortoestellen uit de landelijke database. Hoortoestellen uit de landelijke database worden doorgaans als een adequate oplossing beschouwd. Zonder aanvullende toelichting wordt een uitgebreidere hooroplossing, zoals een buitencategorie-hoortoestel, gezien als niet-doelmatige zorg, zoals toegelicht in artikel A.3 van de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker heeft het dossier aangevuld met een COSI-vragenlijst en een proefverslag. Hieruit blijkt echter niet dat hij redelijkerwijs niet zou kunnen volstaan met een hoortoestel uit de landelijke database.
- 4.4. Volgens verzoeker zou door de ziektekostenverzekeraar een telefonische toezegging zijn gedaan. Uit het gespreksverslag van 26 juni 2023 blijkt hiervan echter niet. Uit het verslag kan hooguit worden afgeleid dat is verwezen naar een gecontracteerde zorgaanbieder en dat de inhoudelijke voorwaarden voor een hoortoestel zijn besproken. Behoudens tegenbewijs kan de ziektekostenverzekeraar geen andere interpretatie aan het gespreksverslag geven. Op basis van de beschikbare informatie is niet vast te stellen waarom verzoeker meende te mogen aannemen dat hoortoestellen die niet in de landelijke database zijn opgenomen zonder meer voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat verzoeker een restitutiepolis heeft. In de voorwaarden van de zorgverzekering zijn echter wel aanvullende voorwaarden gesteld. In de artikelen 17.1 en 17.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt verwezen naar het reglement Hulpmiddelen. Daarin staan de voorwaarden die horen bij de aanschaf van een hoortoestel. In principe bestaat er aanspraak op een hoortoestel dat is opgenomen in de landelijke database. Als een verzekerde een hoortoestel wenst dat niet is opgenomen in de landelijke database, dan is voor deze buitencategorie een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar nodig. Verzoeker is naar Beter Horen gegaan en daar is een hoortoestel op proef aangemeten. Dit hoortoestel is weer ingeleverd. Vervolgens is verzoeker

naar de audicien in Brugge gegaan. Daar is het hoortoestel van zijn wens afgenomen. De aanvullende voorwaarden in het reglement Hulpmiddelen zijn opgenomen om te kunnen bepalen welke zorg doelmatig is. Iedereen zou moeten kunnen uitkomen met hoortoestellen uit de landelijke database. In specifieke situaties kan worden uitgeweken naar een buitencategorie, maar dat moet dan wel blijken uit het dossier. Uit het dossier blijkt niet dat verzoeker niet zou kunnen uitkomen met een hoortoestel uit de landelijke database.

- 4.6. Bij brief van 22 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de stelling van verzoeker dat hem door Beter Horen is verteld dat hij niet uit kon met een hoortoestel uit de database niet met stukken is onderbouwd, bijvoorbeeld door een verklaring van Beter Horen. De noodzaak voor een hoortoestel buiten de landelijke database dient te worden aangetoond via verslaglegging en documentatie. Nu dit niet is gebeurd is ook niet objectief vastgesteld dat verzoeker niet zou kunnen uitkomen met minder duur en uitgebreid hoortoestel uit de landelijke database. Uit navraag bij de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat het geleverde hoortoestel, de Audeo L50-R, gangbaar is in België en Europees gecertificeerd. Echter, het toestel komt niet voor op de Belgische RIZIV-lijst en is daarmee niet in België voor vergoeding in aanmerking gebracht. Op de RIZIV lijst: “Limitatieve lijst met terugbetaalde hoortoestellen, van toepassing vanaf 1 augustus 2023 (via de zoekmodule CT Meddev)” staan de hoortoestellen die volgens de Belgische “Ziekteverzekering” kunnen worden vergoed. Het toestel is duurder en uitgebreider dan de toestellen in de Nederlandse database. Zo beschikt het over geavanceerde technologieën zoals SmartSpeech, binaurale directionaliteit en zachte spraakversterking. De prijs ligt met € 1.575,-- aanzienlijk hoger dan bijvoorbeeld de Paradise P50-R uit categorie 5, die € 1.175,-- kost. Aangezien het hoorprotocol niet is gevolgd en daardoor niet is aangetoond dat verzoeker redelijkerwijs niet zou kunnen volstaan met een hoortoestel uit de landelijke database, wordt het duurdere en uitgebreidere hoortoestel niet als doelmatige zorg beschouwd. Ten aanzien van de polisvoorwaarden merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het onderscheid tussen de natura- en restitutiepolis duidelijk is verwoord. De voorwaarden inzake doelmatigheid en het volgen van het hoorprotocol vloeien voort uit de verzekeringsvoorwaarden en worden ondersteund door de Nota van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering (Stb 2005, 389, p. 35).

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 19 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit het voorliggende dossier is op te maken dat verzoeker zich in eerste instantie in 2023 wendde tot een (gecontracteerde) audicien in Nederland. Deze gaf een set hoortoestellen op proef en gaf aan dat een afspraak bij de KNO-arts verplicht was. Zij verwees verzoeker naar het Audiologisch Centrum. Met de hoortoestellen kon verzoeker gesprekken niet volgen. Vanwege verdere negatieve ervaringen met de audicien ging verzoeker niet verder met deze audicien.

Verzoeker koos voor een hoorcentrum in België, omdat dit dichterbij het woonadres van verzoeker is. Ook was hij al eerder, in 2010, op verwijzing van de huisarts hier geweest. De audioloog van dit centrum adviseerde Phonak Audeo L50-R hoortoestellen.

Phonak Audeo L50-R hoortoestellen zijn op dit moment nog niet opgenomen in de hoortoestellendatabase. Dit zijn dan ook ‘vrije markt’ hoortoestellen. Deze worden in slechts zeer uitzonderlijke gevallen verstrekt vanuit de basisverzekering.

Zoals in het juridisch kader aangegeven, komen verzekerden immers in principe uit met een hoortoestel uit de database, passend bij de categorie waarin hij of zij is ingedeeld (categorie 1 t/m 5). Hoorprotocol, zie www.hoorprotocol.nl/inleiding. Dat twee gecategoriseerde hoortoestellen moeten zijn uitgetest wordt vermeld in stap 7, www.hoorprotocol.nl/stappenplan/stap-7-evalueren. Zorgverzekeraars kunnen hierover in hun polis nadere voorwaarden stellen en/of hierover afspraken maken met leveranciers/audiciens. NB audioloog en klinisch fysicus-audioloog zijn twee verschillende beroepen.

Als dit niet het geval is, kan een hoortoestel buiten categorie 1 tot en met 5 mogelijk worden vergoed als sprake is van een 'extra zorgvraag'. Bij de aanvraag voor een dergelijk hoortoestel moet gedegen onderbouwd zijn waarom een verzekerde, op grond van zijn of haar gehoorverlies, niet uitkomt met hoortoestellen uit de database. Hiertoe moeten (minstens) twee hoortoestellen uit de database zijn uitgetest en wordt een gedegen onderbouwing gegeven, doorgaans/bij voorkeur door een klinisch fysicus-audioloog van een Audiologisch Centrum, waarom een verzekerde niet uitkomt met hoortoestellen uit de database.

Uit de voorliggende informatie komt naar voren dat verzoeker verwacht had, onder meer doordat hij een restitutieverzekering heeft en zijn andere declaraties wel vergoed worden zonder dat hij vooraf een akkoordverklaring had moeten aanvragen, dat ook de declaratie van deze hoortoestellen gehonoreerd zou worden.

Voor de verstrekking/vergoeding van hoortoestellen vanuit de Zorgverzekeringswet, zowel bij natura- als restitutiepolissen, geldt echter dat het Keuzeprotocol Hoorzorg gevolgd dient te worden. De zorgverlener dient voor verstrekking / vergoeding van een 'vrije markt' (buitencategorie) hoortoestellen een gedegen onderbouwing te geven waarom hoortoestellen uit de database niet volstaan.

Op basis van de voorliggende gegevens is niet gebleken dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database. Hierdoor is niet vastgesteld dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op buitencategorie hoortoestellen ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Uit de voorliggende informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker niet zou uitkomen met een hoortoestel uit de database. Hierdoor kan niet vastgesteld worden dat verzoeker is aangewezen op de gevraagde buitencategorie hoortoestellen ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op de gevraagde buitencategorie hoortoestellen, Phonak Audeo L50-R, ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) en de Regeling zorgverzekeringen (Rzv) over hulpmiddelenzorg, waaronder hoortoestellen, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op hulpmiddelen is geregeld in artikel B.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel B.17.2 wordt verwezen naar het Reglement Hulpmiddelen van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). In artikel B.17.8 van het reglement is de aanspraak op onder andere hoortoestellen geregeld. Hierbij is verwezen naar het hieraan ten grondslag liggende artikel 2.10 Rzv. In artikel B.17.8 van het reglement is – anders dan verzoeker stelt – bepaald dat het hoortoestel moet zijn aangemeten conform de meest recente versie van het Hoorprotocol (hierna: het protocol). Ook moet het hoortoestel zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database. Als iemand in aanmerking wil komen voor een hoortoestel dat niet in deze database is opgenomen, bepaalt het artikel dat ten minste twee verschillende toestellen uit deze database moeten zijn geprobeerd. Verder moet er een adequate motivering vanuit de audicien of audioloog zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database kan worden uitgekomen. Bij hoortoestellen uit de zogenoemde buitencategorie is bovendien een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar nodig, zo bepaalt het reglement.
- 7.3. De commissie overweegt dat in de hoortoestellendatabase hoortoestellen zijn opgenomen die voor verstrekking of vergoeding in aanmerking kunnen komen. De desbetreffende hoortoestellen zijn ingedeeld in vijf categorieën. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Hierin 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.
- 7.4. Het protocol bepaalt in welke van de vijf categorieën de slechthorende moet worden ingedeeld. Dit geschiedt aan de hand van de zorgvraag en de complexiteit van het hoorprobleem. Lukt dit niet of kan betrokkene niet uitkomen met een hoortoestel uit de database in de geïndiceerde categorie, dan kan sprake zijn van een ‘extra zorgvraag’ en kan aanspraak bestaan op een buitencategorie hoortoestel. Dit zijn hoortoestellen die niet zijn ingedeeld in één van de vijf categorieën. In dat geval volgt verwijzing naar een audiologisch centrum en moet objectief en gemotiveerd worden aangetoond dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing. Om dit vast te stellen moeten ten minste twee hoortoestellen van de geïndiceerde categorie worden geprobeerd. Het protocol wordt beschouwd als een algemeen aanvaarde veldnorm. In de voorwaarden van de zorgverzekering is, als gezegd, vermeld dat de audicien dient te werken volgens dit protocol en daarmee vormt dit onderdeel van de verzekeringsovereenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoeker. Met betrekking tot de door verzoeker aangeschafte hoortoestellen geldt het volgende.
- 7.5. De betreffende toestellen van het type Audeo L50-R zijn niet opgenomen in de categorieën 1 tot en met 5 van de hoortoestellendatabase. Zoals hiervoor al uiteengezet, bestaat pas aanspraak op buitencategorie hoortoestellen als vaststaat dat betrokkene niet kan uitkomen met een hoortoestel dat wél in één van de categorieën van de database is opgenomen. Dit dient dan te worden onderbouwd door een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. Deze laatste eis is blijkaar ook door de gecontracteerde zorgaanbieder Beter Horen aan verzoeker meegedeeld, gelet op zijn opmerkingen over de reisafstand naar het audiologisch centrum en de te betalen tolgeden.

De commissie stelt vast dat de in het protocol beschreven procedure door (de Belgische audicien van) verzoeker niet is gevolgd. Ook is door hem geen akkoordverklaring gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Het feit dat in 2023 sprake was van een restitutiepolis maakt niet dat deze voorwaarden niet zouden gelden. De voorwaarden waren immers ook opgenomen in deze polis.

Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de door hem in Brugge aangeschafte hoortoestellen, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, op grond van het bepaalde in artikel D.4.5., dekking voor € 200,-- van de wettelijke eigen bijdrage per hoortoestel. Het moet dan gaan om een hoortoestel dat ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Zoals hiervoor is overwogen, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de door hem in Brugge aangeschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering. Daarmee is ook bedoelde wettelijke eigen bijdrage in zijn situatie niet van toepassing en heeft hij geen aanspraak op een tegemoetkoming daarin.

Telefonische toezegging

- 7.7. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij op 26 juli 2023 telefonisch heeft gesproken met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij heeft gevraagd naar de vergoeding voor hoortoestellen. Toen is volgens hem verteld dat hij een vergoeding zou ontvangen op basis van 70% van de kosten. Als hij een aanvullende verzekering had afgesloten, wat het geval is, zou hij aanvullend nog € 200,-- ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft een notitie overgelegd van het betreffende gesprek. Hieruit is de door verzoeker genoemde toezegging niet af te leiden. Ook anderszins is niet gebleken dat door of namens de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een toezegging is gedaan in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie kan de andersluidende stelling van verzoeker daarom niet voor waar aannemen.

Ervaringen met gecontracteerde zorgaanbieder

- 7.8. Verzoeker heeft tot slot aangevoerd dat hij zich in eerste instantie heeft gewend tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, namelijk Beter Horen. Omdat hij hiermee vervolgens geen goede ervaringen opdeed – zo ontving hij naar zijn zeggen een toestel dat voor hem niet bruikbaar was – heeft verzoeker zich gewend tot de niet-gecontracteerde zorgaanbieder in België.
- Wat hiervan ook zij, niet gebleken is dat verzoeker zich bij de ziektekostenverzekeraar heeft gemeld met een klacht over de gecontracteerde partij, dan wel dat hij ook andere gecontracteerde partijen heeft benaderd. Zijn negatieve ervaringen, waarvan de commissie zich kan voorstellen dat die lastig te verteren zijn, maken evenwel niet dat de ziektekostenverzekeraar alsnog gehouden zou zijn tot een vergoeding in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 november 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;

(...)

Artikel 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
4. Voor signaalhonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.

B.17.5.
Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikoptertransport onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
 - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
 - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
 - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
 - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het ziekenvervoer:
 - per auto,
 - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
 - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden;

Voor het ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,37 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 82,- per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) ziekenvervoer.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U heeft een wettelijke eigen bijdrage van € 113,- per jaar voor ziekenvervoer.
- De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor vervoer tussen instellingen waar u verblijft vanuit de Zvw of Wlz en het vervoer en verblijf noodzakelijk is voor:
 - het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling onder Zvw of Wlz waarvoor in de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;

- naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling die valt onder de Zvw bij gebruikelijke instelling van verblijf de mogelijkheid niet bestaat;
- voor vervoer van en naar een instelling waarin de verzekerde vanuit de bijzondere ziektekostenverzekering voor een tandheelkundige behandeling wordt behandeld en de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;
- De wettelijke eigen bijdrage geldt ook niet voor logeerkosten, zoals in dit artikel genoemd.
- De volgende kosten worden niet vergoed:
 - ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
 - vervoer in verband met dagbehandeling of dagbesteding, terwijl u niet in een Wlz instelling verblijft;
 - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U heeft geen recht op (de vergoeding van het) ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten heeft aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring heeft ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar het ziekenhuis en terug naar uw logeeradres valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij vervoer in Nederland of, als u in het buitenland woont, in uw woonland:

- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
 - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
 - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

De orthopedische maatwerkschoenen of de aanpassing ervan, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.3. Vervallen

D.4.4. Pruik of andere hoofdbedekking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van):

- het bedrag dat u zelf moet betalen voor een pruik omdat dat boven de wettelijke maximum vergoeding volgens de zorgverzekering uitkomt; of
 - een andere vorm van hoofdbedekking.
- Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Voor een andere vorm van hoofdbedekking als bedoeld in artikel D.4.4.b. gelden de voorwaarden van artikel D.4.0. alsof sprake zou zijn van een pruik en dus gelden de voorwaarden van de functionerende medische hulpmiddelen in ons Reglement Hulpmiddelen.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

D.4.5. Hoortoestel wettelijke eigen bijdrage

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van) de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor (een) hoortoestel(len). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

- Eigen risico is niet van toepassing.

Toelichting:

Als u uit de zorgverzekering een gedeeltelijke vergoeding krijgt voor een ruismaskeerder, dan kunt u de aanvullende vergoeding ook gebruiken voor de ruismaskeerder.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het hoortoestel krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.6. Plaswекker

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een plaswекker met noodzakelijke toebehoren bij koop of huur. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. De vergoeding geven wij eenmaal zolang u bij ons verzekerd bent.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van huur als wij de kosten van koop al hebben vergoed en andersom.
- De bijbehorende broekjes (maximaal 3) worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgverlener

U koopt of huurt de plaswекker bij een medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of apotheek.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.7. Bril en lenzen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende gezichtshulpmiddelen:

- contactlenzen (dag- en/of nachtenzen);
- brillenglazen;

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoordverklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoordverklaring nodig van ons (zie noot 1):	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
B.17.8.: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (Artikel 2.10 Regeling)						
Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes	Een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen), of ernstige oorsuizen	Gecontracteerde zorgverlener Hebt u de zorgverzekering Natura Basis of Natura Just? Kijk dan ook in de kolom Let op!	Bij buiten-categorie hoortoestellen	Van 18 tot 67 jaar bij hoortoesteldragenden: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoesteldragenden: kno-arts of audiologisch centrum Tot 18 jaar: Audiologisch Centrum Vanaf 67 jaar: triage audicien die geregistreerd is bij het StAr en/of het CvC Audiciensregister	Eigendom	Wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes Het hulpmiddel moet: - aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorprotocol - zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database Niet-gecontracteerde zorgverlener moet erkend zijn conform StAr-keurmerk en / of Erkenningsregeling Hoorzorg De zorg omvat niet: opladers en vervanging van batterijen en accessoires Audiogram mag niet ouder zijn dan 12 maanden U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken. Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op. Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellen database is opgenomen: - moeten er tenminste twee verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd zijn en - moet er een adequate motivatie vanuit de audicien of audioloog zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden. Hebt u de zorgverzekering Natura Basis of Natura Just? Dan moeten wij de gecontracteerde zorgverlener geselecteerd hebben. Lees hier meer over in artikel 2 van het Reglement