

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202402000

Partijen

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

en

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 8 juni 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 juni 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 e-mailbericht van 6 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van dit e-mailbericht is op 8 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na de hoorzitting zijn namens de commissie aan de ziektekostenverzekeraar nadere vragen gesteld, die de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 december 2025 heeft beantwoord. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoekster heeft op 28 december 2025 via het digitale portaal van SKGZ op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd met twee verschillende berichten. Deze berichten zijn op 31 december 2025 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster heeft in januari 2024 een cochleair implantaat gekregen ten behoeve van haar linkeroor. Tijdens de revalidatie zijn aanvullende gehoortesten gedaan. Hieruit bleek een meerwaarde voor het dragen van een hoortoestel in het rechteroor. De behandelend audioloog heeft een hoortoestel van het type Phonak Naida Link M AHO voorgeschreven. Verzoekster heeft

dit toestel aangeschaft bij een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. De kosten van het hoortoestel bedragen € 1.520,--.

- 2.3. Bij brief van 8 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat een vergoeding wordt verleend van € 719,40.
- 2.4. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 7 augustus 2024 en 4 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het hoortoestel alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 719,40 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar e-mailbericht aan de commissie van 8 juni 2025 aangevoerd dat in 2023 is geconstateerd dat haar gehoorverlies zo ernstig was dat in samenspraak met het audiologisch centrum LUMC is gekozen voor een cochleair implantaat (CI) in combinatie met een specifiek hoortoestel. Dit hoortoestel vormt een onlosmakelijk deel van het behandeltraject. Na het zorgvuldig verkennen van de markt en het vergaren van informatie, heeft verzoekster ervoor gekozen het toestel te laten leveren door een gespecialiseerde audicien die geen contract heeft met de ziektekostenverzekeraar. Hierover heeft zij contact gehad met de klantenservice. De ziektekostenverzekeraar toont in deze kwestie een gebrekkig inzicht in de medische praktijk rondom cochleaire implantaten. De specialistische aard van het gekozen hoortoestel wordt genegeerd, ondanks uitgebreide documentatie van het audiologisch centrum. Er is nimmer contact gezocht met het LUMC om informatie in te winnen. Bij elk inhoudelijk verweer dat verzoekster voerde, veranderde de reden van afwijzing. In eerste instantie werd afgewezen vanwege de leverancier, vervolgens op het type toestel, en daarna op formaliteiten. Dit duidt op een vooraf ingenomen standpunt, waarbij slechts naar bevestiging werd gezocht, en niet op een rechtvaardige beoordeling.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geprobeerd bij andere audiciens informatie in te winnen, maar hij deed dit op basis van onvolledige gegevens. Dit is niet alleen onzorgvuldig, maar kan de objectiviteit van het proces ondermijnen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoekster ook “gewoon” 30 kilometer kon reizen naar een gecontracteerde audicien, dit nadat verzoekster had aangetoond dat een vestiging van dezelfde audicien op 7,5 kilometer van haar woonadres het betreffende hoortoestel niet kon leveren. Deze audicien had overigens al in 2024 aan verzoekster laten weten het toestel niet te kunnen leveren. De ziektekostenverzekeraar wilde hieromtrent bewijsmateriaal vergaren, met name om te kijken of een ander hoortoestel ook mogelijk besproken was. Het is niet aan een zorgverzekeraar om dit soort praktische keuzes te maken, zeker niet bij een kwetsbare doelgroep zoals slechthorenden. De keuze van verzoekster voor een niet-gecontracteerde audicien was gebaseerd op diens ervaring met cochleaire implantaten en de kwaliteit van de begeleiding. Deze keuze werd door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte weggezet als een “voorkeur”, terwijl het hier gaat om medische noodzaak en passende zorg. Wat deze situatie voor verzoekster extra wrang maakt, is dat andere hulpmiddelen die onderdeel zijn van het cochleair implantaattraject – zoals soloapparatuur – zonder enige discussie volledig worden vergoed, en de aanschaf hiervan wel via een niet-gecontracteerde audicien kan worden geregeld. Alleen over het hoortoestel, het belangrijkste hulpmiddel in het gehele proces, wordt ineens moeilijk gedaan. Dit is niet uit te leggen en toont aan dat het beleid inconsistent en ondoorzichtig wordt toegepast.

- 3.4. Voorts was de communicatie over de vergoedingsvoorwaarden volgens verzoekster niet helder. Tijdens contacten met de klantenservice is zij nimmer op de gevolgen van de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geattendeerd. Er werd enkel gezegd dat er een kans was dat de vergoeding lager zou zijn, maar gezien de medische noodzaak verwachtte men dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Ook via de app van de ziektekostenverzekeraar is dit niet als zodanig naar voren gekomen. Pas nadat verzoekster het hoortoestel had aangeschaft, werd duidelijk welke beperkingen gelden, en zelfs die leken per fase te veranderen. Dit ondermijnt het vertrouwen in een eerlijke en voorspelbare behandeling. Verzoekster betwijfelt of de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht is nagekomen, en of sprake is geweest van een redelijke, consistente en op medische gronden gebaseerde afweging.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij al tien jaren slechthorend is. Zij had altijd een categorie 5 hoortoestel dat zij bij het merendeel van de gecontracteerde audiciens kon afnemen. Toen dit niet meer hielp, is zij terecht gekomen bij het LUMC voor een cochleair implantaat aan het linkeroor. Daar is haar meegedeeld dat een bijpassend hoortoestel nodig is. Zij is hiermee in een vroeg stadium op pad geweest en heeft bij diverse audiciens geïnformeerd. In de meeste gevallen werd gezegd dat dit te specialistisch was en dat de medewerkers hiervoor niet zijn opgeleid. Zij is bij de niet-gecontracteerde audicien terecht gekomen, die het bedrijf heeft overgenomen van de audicien waar zij voorheen haar hoortoestel afnam. Het bedrijf hiervóór had een contract, maar daarvoor is door de nieuwe audicien niet gekozen. In de beginfase heeft verzoekster contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hieruit bleek dat er weinig kennis is over wat een CI is. Zij heeft dit uitgelegd en gezegd dat zij bij de andere audiciens niet terecht kon. Zij woont boven een winkelcentrum, waar onder andere Specsavers zit en Beter Horen, maar die konden het toestel niet leveren. Zij heeft het toestel ook niet kunnen vinden bij andere gecontracteerde leveranciers. Zij heeft steeds het type hoortoestel genoemd dat zij nodig had, omdat zij dit had doorgekregen van het LUMC. Zij heeft gevraagd wat de gevolgen zouden zijn van het afnemen bij een niet-gecontracteerde leverancier, en er werd alleen gezegd dat de financiële gevolgen heel groot zouden zijn. Meer informatie kreeg zij niet. In Gouda bij JewelEar heeft zij nog iemand gevonden die het misschien kon leveren, maar hiervan kreeg zij geen duidelijke antwoorden. Zij heeft uiteindelijk van LUMC het recept gekregen van het hoortoestel en toen is zij naar de niet-gecontracteerde audicien gegaan. Die vertelde haar dat er een machtiging moest komen. Zij heeft van de ziektekostenverzekeraar alleen steeds vernomen dat het financiële gevolgen zou hebben, maar meer duidelijkheid kreeg zij niet. Zij kon niet meer wachten met het hoortoestel, omdat zij er ook mee moest gaan oefenen. Op 8 maart 2025 is de proefdatum begonnen. Er is door de ziektekostenverzekeraar nooit contact gezocht met LUMC, met haarzelf of met de niet-gecontracteerde audicien. Zij is naar Beter Horen gegaan en heeft het uitgelegd. Zij zat toen nog in haar proefperiode, en wilde het hoortoestel liever bij een gecontracteerde leverancier afnemen. Beter Horen heeft toen voor haar op papier gezet dat het daar niet kon. Zij heeft later ook Schoonenberg in Gouda benaderd die het niet kon leveren. Er is toen gezegd dat het in Leiden eventueel wel kon. Toen is er weer correspondentie geweest en werd er gezegd dat het bij Beter Horen wel zou kunnen. Beter Horen is telefonisch benaderd door de ziektekostenverzekeraar, maar toen is een verkeerd type doorgegeven waarop is geantwoord dat dit kon worden geleverd; zo is verzoekster door Beter Horen verteld. Naar Leiden heeft zij gebeld, en daar is gezegd dat het hoortoestel had kunnen worden geleverd, maar dat de gemiddelde wachttijd daar twee maanden zou zijn geweest. Verzoekster had een zorgvraag, en zij verwacht dan een beetje meedenken en menselijkheid. Zij vindt niet dat het aan een verzekeraar is om te bepalen waar zij haar zorg moet halen. Zij kan het hoortoestel wel in Leiden gaan halen, maar als er wat mee is vraagt zij zich af wie dan haar parkeerkosten en vrije dagen betaalt. Zij kan niet 24 uur zonder haar toestel. Als het om de hoek is, kan zij snel terecht. Vorig jaar heeft zij niet van de ziektekostenverzekeraar of elders gehoord dat zij naar Leiden had gekund. Bij JewelEar in Gouda had het gekund, maar daar was men niet duidelijk en zij had ook nog een servicecontract moeten afsluiten van € 250,-- per jaar. Het vervelende is dat de ziektekostenverzekeraar niet kon zeggen waar zij wel terecht kon, maar alleen

dat er financiële consequenties zouden zijn als zij naar een niet-gecontracteerde leverancier zou gaan. Bij Schoonenberg heeft zij overigens gevraagd wat het hoortoestel daar zou hebben gekost, en dat bedrag was hoger dan wat zij nu heeft betaald. Zij is nooit gewezen op het vervallen van de vergoeding voor de eigen bijdrage. Dit is overigens ook niet te zien in de app van de ziektekostenverzekeraar, die juist wordt gepromoot, maar enkel in de voorwaarden. Deze voorwaarden zijn niet via de app te raadplegen, maar alleen via de computer. Zij heeft heel vaak gebeld. Zij vindt dat hulp ook actief vanuit de ziektekostenverzekeraar aangeboden had kunnen worden na zo vaak contact te hebben gezocht. Zij heeft tien verschillende gecontracteerde leveranciers gebeld, en niemand kon leveren. Pas later werd bekend waar het wel had gekund. De korting van 20% is een gevolg van de keuze voor een niet-gecontracteerde leverancier, maar het niet vergoeden van de eigen bijdrage bij deze keuze is nooit genoemd.

- 3.6. Bij berichten van 28 december 2025 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat zij de polisvoorwaarden heeft nagekeken om te zien of de uitleg van de ziektekostenverzekeraar over de berekening hierin is vermeld. Zij is tot de conclusie gekomen dat het lastig is voor een verzekerde om een en ander te herleiden. Een en ander had haar ook telefonisch uitgelegd kunnen worden. Zij heeft diverse keren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, en nooit is de eigen bijdrage van 25% ter sprake gekomen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding voor het door haar aangeschafte hoortoestel. Hij heeft hiertoe in zijn e-mailbericht aan verzoekster van 4 september 2025 aangevoerd dat zij op 27 maart 2024 heeft gebeld met de klantenservice over de vergoeding van een hoortoestel. Het bleek te gaan om een afwijkend toestel, en met verzoekster is toen besproken dat zij zich hiervoor kon wenden tot een gecontracteerde leverancier, die een aanvraag kon indienen. Op 23 april 2024 ontving de ziektekostenverzekeraar een aanvraag van een niet-gecontracteerde leverancier voor vergoeding van de kosten van een buitencategorie hoortoestel. Verzoekster heeft een naturaverzekering. Daarbij is het uitgangspunt dat zorg wordt ontvangen van een gecontracteerde zorgaanbieder. Als wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan worden niet alle kosten vergoed. Om die reden heeft verzoekster een lagere vergoeding ontvangen. Een en ander is in overeenstemming met het bepaalde in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 4.2. Uit de vastgelegde contactregistratie maakt de ziektekostenverzekeraar op dat er meermaals contact is geweest over de aanvraag en de status hiervan. Verzoekster is ten tijde van het eerste contact verwezen naar een gecontracteerde leverancier. Uiteindelijk heeft verzoekster een niet-gecontracteerde leverancier geraadpleegd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contact aangetroffen waarin verzoekster vraagt wat die keuze betekent voor de vergoeding.
- 4.3. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 27 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat op zijn website gemakkelijk is te vinden welke gecontracteerde leveranciers er zijn in de buurt van het woonadres van de verzekerde. In zijn brief van 3 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan toegevoegd dat een gecontracteerde leverancier in Leiden het gewenste hoortoestel kon leveren. Deze vestiging bevindt zich op een afstand van 25 kilometer van het woonadres van verzoekster, en is binnen 35 minuten met de auto of 45 minuten met het openbaar vervoer te bereiken. Dit betreft een redelijke reisafstand.
- 4.4. In zijn e-mailbericht aan de commissie van 6 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat het bedrag van € 1.199,-- per hoortoestel het gemiddeld gecontracteerde tarief betreft. Dit tarief was voor verzoekster kenbaar door het bij de ziektekostenverzekeraar op te vragen.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij contact heeft gehad met Beter Horen en Schoonenberg. Met Beter Horen zou volgens verzoekster het verkeerde toestel zijn besproken. De ziektekostenverzekeraar heeft de notitie nagekeken, en hierin staat dat 'Link' is genoemd, en niet 'Lunity', het oudere toestel. De audicien heeft ook genoemd dat het ging om een buitencategorie. Uit het bericht van Beter Horen volgt niet dat zij het niet zouden kunnen leveren. De ziektekostenverzekeraar stelt nog steeds dat het had kunnen worden geleverd. Het viel dan niet in categorie 5, maar daarbuiten. De interne notitie is tegenstrijdig met wat er later is gecommuniceerd door Beter Horen. De 'Link' is nieuwer dan de 'Lunity'. Misschien valt het toestel wel binnen het assortiment, maar niet binnen de vergoedingsregels. Dit zou de verwarring kunnen verklaren. De andere winkel is Schoonenberg in Leiden, waarbij in de e-mail staat dat het hoortoestel door hen kan worden geleverd. In de voorwaarden en op de website van de ziektekostenverzekeraar staat dat kan worden gekeken in de zorgzoeker voor een audicien met een contract. Mocht het niet lukken om een audicien te vinden, dan kan contact op worden genomen met de dienst Zorgadvies en Bemiddeling van de ziektekostenverzekeraar. Deze mogelijkheid staat vermeld in de voorwaarden en op de website. In dit geval heeft verzoekster dat niet gedaan. Van het feit dat bij een niet-gecontracteerde leverancier 80% wordt vergoed, was verzoekster op de hoogte. Met betrekking tot de eigen bijdrage geldt dat voldoende uit de polisvoorwaarden blijkt dat deze alleen wordt vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering als gebruik wordt gemaakt van een gecontracteerde leverancier. Het dossier is geanonimiseerd besproken met de afdeling Zorginkoop. Daaruit is niet gekomen dat de gecontracteerde aanbieders het niet kunnen leveren. Er is enkel een aanvraag gedaan voor een machtiging. Er is niet aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd te helpen zoeken naar een gecontracteerde aanbieder. Het is aan de verzekerde om deze stap te zetten. Het is niet passend dat als een machtiging wordt ontvangen er wordt gereageerd met de opmerking dat iemand ook naar een andere, met name genoemde gecontracteerde zorgaanbieder kan gaan. Op dat moment leek er ook de bewuste keuze te zijn gemaakt door verzoekster om naar de niet-gecontracteerde audicien te gaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt in de notities niet te hebben teruggelezen dat verzoekster heeft meegedeeld geen gecontracteerde zorgaanbieder te kunnen vinden.
- 4.6. In zijn brief aan de commissie van 9 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de volgorde van berekening van de vergoeding op zichzelf niet uitmaakt. Het leidt allebei rekenkundig gezien tot hetzelfde bedrag, in dit geval € 719,40 per hoortoestel. De eigen bijdrage van 25% is in dit geval toegepast op de aanschafkosten, in dit geval op het bedrag van € 1.395,--. Dit betekent dat mocht verzoekster een restitutieverzekering hebben gehad, zij 75% daarvan vergoed had gekregen, te weten € 1.046,25. Echter verzoekster heeft een naturaverzekering met een beperking in de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. De vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt berekend op basis van het gemiddeld gecontracteerd tarief en niet de aanschafkosten. In de contracten met audiciens spreekt de ziektekostenverzekeraar een tarief af. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is hier € 1.199,--. In de zorgovereenkomst is ook opgenomen dat iedere verzekerde een eigen bijdrage van 25% moet betalen. Dit bedrag betaalt de ziektekostenverzekeraar dan ook niet uit aan de zorgaanbieder. Het feitelijk gemiddeld gecontracteerde tarief is dus € 1.199,-- x 0,75 = € 899,25. Bij niet-gecontracteerde zorg betaalt de ziektekostenverzekeraar hier maximaal 80% van uit, namelijk € 719,40. Het verschil tussen eerdergenoemde € 1.046,25 en € 719,40 is dus het deel wat niet vergoed wordt, omdat verzoekster naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan. In artikel 1.5.2 van de polisvoorwaarden staat dat bij hoorzorg de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief worden vergoed. In het Reglement hulpmiddelen is opgenomen dat een eigen bijdrage geldt van 25% van de aanschafkosten.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg en specifiek hoortoestellen, en die over de vergoeding van zorg indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, 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

- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoekster aangeschafte hoortoestellen een verzekerde prestatie vormen vanuit de zorgverzekering en dat zij hiervoor een indicatie had. Wat hen verdeeld houdt, is uitsluitend de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding.
- 6.3. De aanspraak op hulpmiddelenzorg, waaronder hoortoestellen, is geregeld in artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering en verder uitgewerkt in het 'Reglement Hulpmiddelen 2024' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Op pagina 11 van het reglement is de aanspraak op hoortoestellen omschreven. Hetgeen hier is vermeld is gebaseerd op de artikelen 2.6, onder c, en 2.10 Rzv. Artikel 2.5, onder b, van het reglement bepaalt dat een eigen bijdrage geldt van 25% van de aanschafkosten. Dit laatste stemt overeen met het bepaalde in artikel 2.33, tweede lid, Rzv. In artikel 1.5.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat bij gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak bestaat op vergoeding van 80% van het Wmg-tarief, en als dit tarief er niet is, op 80% van het gemiddeld door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief. De bevoegdheid van de ziektekostenverzekeraar om de vergoeding te bepalen als op grond van de zorgverzekering gebruik dient te worden gemaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder, en de verzekerde desondanks ervoor kiest de zorg of een andere dienst te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, volgt uit artikel 13, eerste lid, Zvw.
- 6.4. Gezien de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 juni 2024 is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor een hoortoestel in 2024 € 1.199,--. Hierop is de wettelijke eigen bijdrage van 25% in mindering gebracht (€ 299,75). Op het restant van € 899,25 is conform artikel 1.5.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering een korting toegepast van 20%, zodat een vergoeding overblijft van € 719,40. Gelet op de hiervoor genoemde bepalingen in de voorwaarden van de zorgverzekering en het reglement en hetgeen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar over en weer hebben aangevoerd ziet de commissie geen aanleiding een andere vergoeding toe te kennen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.5. Artikel 8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 70,--. Bij de uitsluitingen staat evenwel dat deze vergoeding niet van toepassing is als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering is daarom geen hogere vergoeding mogelijk.

Telefonische informatievoorziening, zorgplicht en redelijke reisafstand

- 6.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar onvolledig dan wel onjuist heeft geïnformeerd. Volgens haar werd zij pas bekend met de lagere vergoeding nadat zij de kosten had gedeclareerd en was zij hiervoor eerder niet gewaarschuwd. Wel merkt zij ook op dat haar is gezegd dat de vergoeding lager zou kunnen zijn als zij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou gaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard in de contactregistratie niet te hebben kunnen terugvinden dat door verzoekster is gevraagd naar de hoogte van de vergoeding als werd gekozen voor een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder. De commissie stelt vast dat verzoekster heeft gekozen voor een naturaverzekering. Uitgangspunt bij dit type verzekering is dat de zorg en andere diensten worden betrokken bij daartoe door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Verzoekster wist dat zij het hoortoestel afnam bij een niet-gecontracteerde leverancier. Zij heeft ter zitting verklaard dat haar vooraf bekend was dat in dat geval een lagere vergoeding geldt. Enkel het niet vergoeden van de eigen bijdrage vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering kwam voor haar als een verrassing. Van een bestaande verplichting voor de ziektekostenverzekeraar haar hiervoor te waarschuwen is geen sprake. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet om zorgbemiddeling gevraagd en zij heeft niet naar de hoogte van de vergoeding geïnformeerd. Dat zij telefonisch onjuist of onvolledig zou zijn geïnformeerd is, hoewel dit op haar weg had gelegen, door haar niet aannemelijk gemaakt.
- 6.7. Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht zou hebben geschonden, omdat, kort gezegd, voorbij wordt gegaan aan de goede redenen die zij had om te kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is aan verzoekster aannemelijk te maken dat zij niet terecht kon bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster heeft gesteld dat verschillende gecontracteerde leveranciers het hoortoestel niet konden leveren. Zij heeft echter ook verklaard dat JewelEar in Gouda, op redelijk korte afstand van haar woonadres, wel een toestel kon leveren. Om diverse redenen heeft zij hiervoor niet gekozen, waaronder het verschuldigd zijn van (hoge) servicekosten. Gesteld noch gebleken is echter dat zij deze informatie heeft gedeeld met de ziektekostenverzekeraar, en dat deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren of hieraan iets te doen. Zoals hiervoor is opgemerkt, heeft verzoekster ook geen beroep gedaan op zorgbemiddeling door de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de mogelijkheden van levering door een (andere) gecontracteerde leverancier. Tegen deze achtergrond kan niet kan worden geconcludeerd dat door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende zorg werd ingekocht zodat sprake zou zijn van schending van de zorgplicht als bedoeld in artikel 11 Zvw.

Slotsom

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 januari 2026,

J.W. Heringa

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

Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgverleners contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen.

1.5.2 Niet-gecontracteerde zorgverlener

Kiest u ervoor om naar een zorgverlener te gaan waarmee wij voor de zorg omschreven in Rubriek B geen contract hebben afgesloten (een niet-gecontracteerde zorgverlener)? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten van uw behandeling zelf moet betalen.

Als u geestelijke gezondheidszorg (artikel 23) ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het door ons gemiddeld gecontracteerde tarief.

Ontvangt u verpleging en verzorging (artikel 27.1) van een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van de nota tot maximaal 75% van het door ons gemiddeld gecontracteerde tarief.

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, niet zijnde geestelijke gezondheidszorg of verpleging en verzorging, vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 80% van het door ons gemiddeld gecontracteerde tarief.

De maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg. Op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker vindt u met welke zorgverleners wij een overeenkomst hebben gesloten.

Als de in dit artikel opgenomen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg een aantoonbare feitelijke hinderpaal oplevert voor een gemiddelde modale verzekerde, dan vergoeden wij een bedrag dat zodanig hoger is dat van een feitelijke hinderpaal geen sprake meer is.

1.5.3 Omzetplafonds

Zorg en Zekerheid spreekt met sommige zorgaanbieders een bedrag af dat zij in een bepaald kalenderjaar maximaal mogen declareren (een omzetplafond). Hiermee houden we de zorg betaalbaar. Met de meeste zorgaanbieders is contractueel vastgelegd dat zij de zorg moeten leveren, ook als het omzetplafond is bereikt. Dit is de zogenoemde doorleverplicht.

Met een klein deel van de zorgaanbieders is geen doorleverplicht afgesproken. Deze zorgaanbieders kunt u vinden op www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker en uw zorgaanbieder kan u hierover informeren. Het kan dan voorkomen dat u in dat jaar niet meer bij deze zorgaanbieder terecht kunt. In dat geval kunt u bellen of mailen naar ons Team Zorgadvies en Bemiddeling op telefoonnummer (071) 5 825 828 of zorgadvies@zorgenzekerheid.nl. Een van onze zorgadviseurs kijkt samen met u bij welke zorgaanbieder u wel terechtkunt. Als u al in behandeling bent bij een zorgaanbieder die zijn omzetplafond heeft bereikt, dan heeft dit voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling afmaken bij uw zorgaanbieder.

1.6 Tijdige zorgverlening

Wanneer een gecontracteerde zorgaanbieder de benodigde zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u aanspraak op zorgbemiddeling van ons Team Zorgadvies en Bemiddeling. Wij kunnen u dan toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De kosten van deze zorg worden in dat geval, nadat wij de nota hebben ontvangen, met inachtneming van de polisvoorwaarden, vergoed. Wij vergoeden de kosten tot maximaal op basis van het op dat moment vastgestelde Wmg-(maximum)tarief (Wet marktordening gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-(maximum)tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland marktconforme bedrag.

Team Zorgadvies en Bemiddeling van Zorg en Zekerheid adviseert u bij welke zorgaanbieder u terecht kunt voor uw zorgvraag. Of bemiddelt voor u wanneer u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of bezoek aan een polikliniek. Meer informatie over het Team Zorgadvies en Bemiddeling vindt u op www.zorgenzekerheid.nl/zorgadvies.

Onder niet of niet-tijdig geleverde zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder verstaan wij ook:

- zorg die niet binnen een redelijke afstand van uw woonplaats kan plaatsvinden;
- Of;
- de situatie waarin er geen kwalitatieve en verantwoorde zorg verleend kan worden in de nabijheid van uw woonplaats.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 210,00

Artikel 8 Hulpmiddelen

8.1 Aanvullende vergoeding hulpmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van:

- een prothese-bh en plakstrips behorend bij een borstprothese;
- de eigen bijdrage voor een haarwerk;
- de eigen bijdrage voor een hoortoestel bij een gecontracteerde zorgaanbieder;
- een pessarium.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de kosten van het verplicht en vrijwillig eigen risico en het bedrag dat voor eigen rekening blijft indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bent gegaan;
- kosten waarvoor geen medische noodzaak is;
- hoortoestellen: de kosten van de eigen bijdrage bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- hoortoestellen: de kosten van het nazorgcontract, onderhoudsmiddelen, een reinigingsset, losse accessoires, batterijen en vervangingsgarantie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 70,00 per hulpmiddel	100% tot maximaal € 140,00 per hulpmiddel	100% tot maximaal € 200,00 per hulpmiddel

8.2 Plaswekker

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen éénmaal per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de kosten van het huren van een plaswekker of eenmalig voor de gehele duur van de verzekering voor de aanschaf van een plaswekker.

Eenmalig voor de gehele duur van de verzekering houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De plaswekker moet door de behandelend arts zijn voorgeschreven.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Basis AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 85,00

8.3 Steunzolen

Wat wordt er vergoed?

Per verzekerde, per kalenderjaar komen in aanmerking de kosten van steunzolen of podotherapeutische zolen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U kunt terecht bij:

- een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenaamde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als podotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een registerpodoloog of podoposturaal therapeut; die een opleiding tot registerpodoloog heeft afgerond en die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ);
- een orthopedisch schoenmaker of werkplaats met SEMH-OSB (Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven) of SEMH-OIM (Orthopedische Instrument Makerijen) certificering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 35,00	100% tot maximaal € 70,00	100% tot maximaal € 100,00

8.4 Hulpmiddelen ter ondersteuning van zelfredzaamheid

Wat wordt er vergoed?

Verzekerden komen per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding van de aanschafkosten van:

- eenvoudige loophulpmiddelen;
- ADL-hulpmiddelen;
- fractuurpreventieve hulpmiddelen.

De vergoeding geldt voor alle hulpmiddelen tezamen.

Kijk voor een volledige lijst met goedgekeurde hulpmiddelen op www.zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Bij de declaratie van een hulpmiddel moet u naast de originele nota en verwijzing (zie ‘heb ik een verwijzing nodig’) ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via www.zorgenzekerheid.nl/brochures.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor deze hulpmiddelen een schriftelijke verwijzing nodig van uw behandelend arts, ergotherapeut, verloskundige of BIG geregistreerd verpleegkundige. Deze verwijzing moet meegezonden worden met de nota en het declaratieformulier.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin AV-Top	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 40,00	75% tot maximaal € 75,00

8.5 Alarmering op sociale indicatie

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van de huur voor persoonlijke alarmeringsapparatuur op sociale indicatie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- er dient sprake te zijn van een sociale indicatie voor persoonlijke alarmering die door Zorg en Zekerheid kan worden vastgesteld;
- de persoonlijke alarmeringsapparatuur moet geleverd worden door de gemeente, Stichting Welzijn Ouderen (SWO), een gecontracteerde zorgverlener, thuiszorgorganisatie of gecontracteerde instelling.

Welke kosten worden niet vergoed?

Aansluitkosten en abonnementskosten voor de alarmcentrale zijn voor uw eigen rekening. Ook de kosten van eventuele opvolging bij gebruik van het alarm kunnen voor eigen rekening zijn, indien er vanuit de Zorgverzekeringswet geen aanspraak op vergoeding van zorgkosten bestaat van de opvolging.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	Maximaal € 3,50 per maand	Maximaal € 4,00 per maand	Maximaal € 5,00 per maand

8.6 Gehoorbeschermers*Wat wordt er vergoed?*

Wij vergoeden eenmalig per kalenderjaar de kosten van gehoorbeschermers.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-Plus	AV-Sure AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 40,00

Artikel 9 Medisch-specialistische hulp**9.1 Flebologie/proctologie***Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten van consulten, verbandmiddelen en injecties voor flebologische en proctologische behandelingen per verzekerde, per kalenderjaar. Alleen de kosten van behandeling van aderijske aandoeningen (bijvoorbeeld spataderen, 'open been', aambeien) worden vergoed.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u heeft een verwijzing nodig van de specialist;
- de behandeling moet worden verricht door een arts-fleboloog, dermatoloog of arts-fleboloog-proctoloog;
- de behandeling vindt plaats individueel of in groepsverband, in een polikliniek of in een centrum voor flebologie.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 75,00	75% tot maximaal € 100,00	100% tot maximaal € 150,00

Omschrijving medisch hulpmiddel	Artikel volgens Regeling zorgverzekering	Specifieke bepaling voor hulpmiddelensoort
Hoortoestel	2.6.c; 2.10	Er bestaat aanspraak op de vergoeding van hoortoestellen als: het hoortoestel dient ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie; en er sprake is van een revalideerbaar oor met tenminste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen. Het hoortoestel dient ter hand te worden gesteld door een StAr of CvCgecertificeerd audicien. Daarnaast moet het hoortoestel: aangemeten zijn conform het geldende Hoorprotocol; en zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database. Hoortoestellen die niet in de landelijke hoortoestellendatabase voorkomen, komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij er een vastgestelde medische noodzaak bestaat en de zorgverzekeraar voorafgaand aan levering toestemming heeft gegeven. Voor vergoeding van een hoortoestel boven de indicatie categorie is het oordeel van een klinisch fysisch audioloog vereist. De zorgaanbieder volgt hierin het geldende Hoorprotocol. Vergoeding voor een hoortoestel buiten de vastgestelde categorieën is alleen mogelijk in het geval van een bijzondere zorgvraag en als de zorgverzekeraar voorafgaand aan levering toestemming heeft gegeven. Het is voor verzekerden niet mogelijk om zelf bij te betalen voor een hoortoestel uit een hogere categorie dan geïndiceerd of voor een hoortoestel buiten de landelijke hoortoestellendatabase. Voor het aanmeten van een hoortoestel aan huis is de zorgaanbieder verplicht voorafgaand een aanvraag in te dienen via het machtigingen@zorgenzekerheid.nl. Uit de aanvraag dient te blijken dat er een medische noodzaak is voor het thuis aanmeten van een hoortoestel.
Wek- en waarschuwingsinstallaties	2.6.c; 2.10	Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient er een recent audiogram en spraakaudiogram (niet ouder dan 6 maanden) beschikbaar te zijn.

- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer het landelijke ZN-formulier dieetpreparaten is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 20 Hulpmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De omvang van de aanspraak of vergoeding van hulpmiddelen wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen.

In het Reglement Hulpmiddelen zijn onder meer bepalingen te vinden over:

- het in eigendom dan wel in bruikleen verstrekken van het hulpmiddel;
- de eventueel benodigde verwijzing met vermelding van de indicatie en, indien een verwijzing nodig is, van wie deze verwijzing afkomstig moet zijn;
- de eventueel benodigde voorafgaande toestemming van Zorg en Zekerheid (met betrekking tot eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- de minimale gebruikstermijn van het hulpmiddel;
- de maximale gebruiksnormen in het geval van verbruiksmiddelen;
- de maximale vergoedingen en wettelijke eigen bijdragen.

Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Ook kunt u voor informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkel.

Wat zijn de voorwaarden?

Het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid.

Waar heb ik geen recht op?

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz-instelling waar de verzekerde verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer wordt onderscheiden:

- ambulancevervoer, hiervan is sprake bij vervoer per ambulance, waarbij medische zorg onderweg noodzakelijk is;
- ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar vervoer, (rolstoel)taxi of (eigen) auto waarbij medische zorg onderweg niet noodzakelijk is.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.33

1. Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van haar hoger zijn dan € 454,50 bedraagt de eigen bijdrage het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.
2. De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt vijftientig procent van de aanschaffkosten.
3. De eigen bijdrage voor orthopedische en allergeenvrij schoenen bedraagt:
 - a. € 126,00 per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is;
 - b. € 63,00 per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar.
4. De eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen bedraagt:
 - a. € 59,50 per lens, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - b. € 119,00 per kalenderjaar, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 59,50 per kalenderjaar;
 - c. € 59,50 per brillenglas, met een maximum van € 119,00 per kalenderjaar.

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.