

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500849

Partijen

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

en

- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, en
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 13 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 6 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 6 oktober 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025018002) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 oktober 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 20 november 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 oktober 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft hierbij een aanvullende toelichting gegeven. Het definitief advies van het Zorginstituut is op 3 december 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 december 2025 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift hiervan is op 12 december 2025 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft twee oplaadbare hoortoestellen met een bijbehorende oplader aangeschaft bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde audicien. De kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 mei 2025 aan verzoekster tweemaal een vergoeding van € 733,50 voor de hoortoestellen verleend. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de oplader ten bedrage van € 199,50 niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 6 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 2 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden ook de kosten van de oplader aan haar te vergoeden.
- 3.2. Zij heeft hiertoe in haar brief aan SKGZ van 26 mei 2025 aangevoerd dat de kosten van de oplader erg hoog zijn. Zij heeft informatie opgevraagd bij het Zorginstituut, en hieruit volgt volgens haar dat ook de oplader moet worden vergoed. In de informatie staat niet dat vergoeding achterwege blijft als ook kan worden gekozen voor een hoortoestel op batterijen. De afwijzing van de ziektekostenverzekeraar zou betekenen dat een hoortoestel met oplader nooit hoeft te worden vergoed, zolang er nog steeds hoortoestellen op batterijen bestaan.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat zij er toevallig achter is gekomen dat er een uitspraak lag van het Zorginstituut dat een oplader bij een hoortoestel hoort te worden vergoed. Dit is voor haar ook de aanleiding geweest om de kwestie voor te leggen aan de commissie. Zij heeft uit de uitspraak van het Zorginstituut niet begrepen dat de oplader alleen wordt vergoed als geen vergelijkbaar apparaat met batterijen beschikbaar is. Dit zou betekenen dat er alleen een vergoeding mogelijk is als er geen apparaten op batterijen meer zouden bestaan. Dus óf de uitspraak van het Zorginstituut klopt niet, óf de ziektekostenverzekeraar vergoedt iets niet dat wel zou moeten worden vergoed. Het is verzoekster in het hele proces niet duidelijk geweest dat er een medische noodzaak moet zijn voor een oplader. Dit staat niet op de website van het Zorginstituut. De reden dat zij voor de oplader heeft gekozen is niet dat zij het idee had dat er geen apparaten met batterijen konden worden gekozen. Het heeft te maken met het milieu, omdat zij niet steeds gebruikte batterijen wil weggooien.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de oplader ten laste van de zorgverzekering. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 6 augustus 2025 aangevoerd dat het bepalen van de audiologische zorgvraag en de indeling in de geïndiceerde categorie plaatsvinden aan de hand van het meest recente (landelijke) Keuzeprotocol Hoorzorg (een gestandaardiseerde procedure die wordt gebruikt door audiciens om het juiste hoortoestel te bepalen voor mensen met gehoorverlies). Met de door verzoekster bezochte audicien is contractueel overeengekomen dat deze de kosten voor hoortoestellen in de meeste gevallen direct bij de ziektekostenverzekeraar kan declareren. Voor bijzondere situaties, zoals de vergoeding van een oplader, is echter een voorafgaande aanvraag voor machtiging vereist. In dit geval zijn de hoortoestellen correct door de leverancier gedeclareerd. De benodigde machtigingsaanvraag voor de oplader is echter niet door de leverancier bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Conform het protocol moet een audicien in overleg met een verzekerde komen tot een doelmatige oplossing. Dit houdt in dat een verzekerde op een juiste manier wordt geïnformeerd over wat wel of niet onder de verzekerde zorg valt.
- 4.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft navraag gedaan bij de audiciens, en hieruit is gebleken dat geen sprake was van een medische noodzaak. Verzoekster is geïnformeerd over de keuze tussen diverse hoortoestellen binnen de geïndiceerde categorie en de financiële consequenties die dit met zich brengt. Er is in het keuzeproses van hoortoestellen aan verzoekster meegedeeld dat een oplader niet wordt vergoed, wat ook blijkt uit de factuur.
- 4.3. Het is juist dat een hoortoestel gebruiksklaar dient te worden geleverd, dus inclusief batterijen of oplaadapparatuur. Het Zorginstituut heeft hierover in een afzonderlijk advies bij een eerdere klacht bij SKGZ gemeld dat een verzekerde alleen de eerste set batterijen of oplaadapparatuur vergoed krijgt. Of een verzekerde in aanmerking komt voor een oplaadbaar hoortoestel, blijft evenwel ter beoordeling van de zorgverzekeraar. Vergoeding is alleen mogelijk als alle procedurele stappen zorgvuldig zijn doorlopen en de medische noodzaak voor de oplader is aangetoond. Dit is in lijn met de overeenkomsten die de ziektekostenverzekeraar heeft met zijn gecontracteerde leveranciers. Verzoekster was ervan op de hoogte dat de oplader niet tot de vergoeding zou behoren en heeft hierover ook met de ziektekostenverzekeraar gecommuniceerd. Bij een gehoorprobleem wordt een verzekerde volgens eerder genoemd landelijk protocol geïndiceerd. Het is dus niet zozeer de vraag of de ziektekostenverzekeraar een hoortoestel vergoedt, maar eerder welke vergoeding wordt gegeven per categorie. Deze categorie is dan doelmatig. Op het moment dat een verzekerde zelf de keuze maakt voor een hoortoestel vallend binnen een bepaalde categorie, waarbij een oplader nodig is, en betrokkene niet medisch noodzakelijk is aangewezen op een oplader, blijft een deel van de kosten voor eigen rekening van die verzekerde (buiten de wettelijke eigen bijdrage). In dit geval komt dat neer op bijbetaling van de kosten van de oplader.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij het advies van het Zorginstituut zo leest dat er nadere voorwaarden mogen worden gesteld. De vraag is wat moet worden verstaan onder 'gebruiksklaar'. De audiciens zijn van de procedure op de hoogte. Er staat in de voorwaarden alleen wat er wel wordt vergoed, en niet wat er niet wordt vergoed. Er wordt gesuggereerd dat er minder apparaten zouden zijn met batterijen maar dat is juist niet zo. Er zijn minder apparaten beschikbaar met oplader, en die zijn duurder dan de apparaten op batterijen. Verzoekster heeft vooraf contact gehad en zij is er toen over geïnformeerd welke kosten voor haar rekening zouden blijven. Er wordt ten hoogste een bedrag vergoed van de categorie waarin het toestel valt. Binnen die categorie zijn er verschillende hoortoestellen, waaronder met een oplader. Binnen de categorieën is er de mogelijkheid te kiezen voor een toestel met oplader, maar dan wel met een eigen bijdrage. Met een vrij besteedbaar bedrag vanuit de verzekerde kan dan ook worden gekozen voor een toestel met oplader. Dat is wat anders dan wanneer iemand is

aangewezen op het betreffende hoortoestel. Met verzoekster is steeds gecommuniceerd over wat de ziektekostenverzekeraar verstaat onder een ‘gebruiksklaar’ afgeleverd hoortoestel, en dat er ruime keuze is binnen de database. Er was in haar situatie geen reden voor een oplaadbaar toestel. Het moet een vrije keuze blijven van een verzekerde, maar wel binnen een bepaalde categorie. In dat kader is ook van belang of een oplaadbaar toestel doelmatig is. Er is een landelijke database waarin de ziektekostenverzekeraar geen zeggenschap heeft. De audicien doorloopt een stappenplan om zo tot de keuze te komen voor een hoortoestel binnen de geïndiceerde categorie. Er zijn vijf categorieën en binnen die categorieën zijn er diverse hoortoestellen. In de richtlijn staat dat de keuzemogelijkheid van belang is, maar er moet dan wel een medische noodzaak zijn voor een accessoire als een oplader. De keuzemogelijkheden worden tussen de audicien en de verzekerde besproken. Er wordt gekeken waar de audiologische zorgvraag zit, en aan de hand daarvan wordt de categorie bepaald. Vervolgens worden de bestaande keuzemogelijkheden binnen die categorie besproken, dus bijvoorbeeld de keuze voor batterijen of extra bijbetalen voor een oplader. Door de brancheorganisatie wordt bepaald welke toestellen binnen de database vallen. De vergoeding daarin is voor elke zorgverzekeraar anders; per leverancier gelden specifieke contractuele afspraken. Er is niet opgenomen in de polisvoorwaarden dat er een eigen keuze is. Omdat er veel onduidelijkheid over is wordt dit overgelaten aan de audicien.

- 4.5. In zijn brief aan de commissie van 10 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat hij van mening is dat de argumenten die tijdens de hoorzitting zijn ingebracht, onvoldoende zijn meegewogen in het definitieve advies van het Zorginstituut. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat in het definitieve advies van 2 december 2025 niet meer wordt gerefereerd aan de criteria 'doelmatigheid' en 'kosteneffectiviteit'. Dit terwijl deze criteria een wezenlijk onderdeel vormen van de vraag of de kosten (volledig) voor vergoeding in aanmerking komen. In het voorlopig advies van 6 oktober 2025 benadrukte het Zorginstituut nog terecht dat doelmatigheid een onderwerp is ter beoordeling van de zorgverzekeraar. Hierbij dienen de kosten in overweging te worden genomen; de verstrekking mag niet onnodig kostbaar zijn. Het Zorginstituut merkte hierover specifiek het volgende op: *"Van een onnodig dure voorziening is sprake als in plaats van deze voorziening goedkopere adequate, alternatieve hulpmiddelen voorhanden zijn. De vraag of de door verzoekster gevraagde oplaadapparatuur adequaat en het meest doelmatige is, is aan verweerder om te beoordelen. Dit blijft een individuele beoordeling. Wel geldt, zoals hierboven aangegeven, dat oplaadapparatuur onderdeel is van het gebruiksklaar afleveren van het hulpmiddel vanuit de basisverzekering."* Zoals tijdens de zitting is opgemerkt, bestaat binnen de aangewezen categorie een keuze tussen hoortoestellen zonder geïntegreerde batterijen (en dus zonder oplader) en oplaadbare varianten met als aanvullend accessoire een oplader. Het is niet alleen toegestaan, maar zelfs een taak van de zorgverzekeraar om te waken voor doelmatigheid en kosteneffectiviteit. Zorgverzekeraars mogen daarom vergoedingsvoorwaarden stellen ten aanzien van deze criteria. Dit sluit aan bij de richtlijnen van de beroepsgroep (audiciens). In het Handboek van de Stichting Audicienregister (StAr), waaraan tijdens de hoorzitting is gerefereerd, staat: *"De audicien spant zich in om de cliënt te voorzien van een 'passende' oplossing en licht de cliënt adequaat voor over beschikbare mogelijkheden en de financiële consequenties van die mogelijkheden."* In de praktijk - en in de contracten met audiciens - wordt dit zo uitgelegd dat de audicien ook kijkt naar kosteneffectiviteit. Dit is in het belang van de beheersing van de zorgkosten. De keuze voor een hoortoestel vindt plaats in overleg met de audicien, die zoekt naar het meest passende toestel dat de beperkingen compenseert. Het Hoorprotocol stelt hierover: *"Er wordt als het ware een match gemaakt tussen de functie-eisen aan en de eigenschappen van het beschikbare aanbod aan hoorhulpmiddelen, waarbij wordt gezocht naar een adequaat hulpmiddel. De cliënt weet aan het einde van deze stap wat dit betekent voor de financiering of welke alternatieven er zijn"*. De vraag of een verzekerde aanspraak heeft op volledige vergoeding van een specifieke uitvoering van een hoortoestel, blijft in het kader van doelmatigheid ter beoordeling van de zorgverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar kan de vergoeding van een oplaadbaar hoortoestel lager vaststellen indien er een goedkoper, adequaat

alternatief beschikbaar is. Dat is in het onderhavige geval aan de orde. De vergoeding komt dan neer op de prijs van hoortoestellen zonder geïntegreerde batterij binnen dezelfde categorie. Dit is conform de richtlijnen en borgt de vrije keuze van de verzekerde. Indien het begrip 'gebruiksklaar' zo wordt uitgelegd dat elke variant van een hoortoestel altijd volledig moet worden vergoed - ongeacht de doelmatigheidstoets - ontstaat een interpretatie die strijdig is met de landelijke richtlijnen en het Reglement Hulpmiddelen. Hoewel verzekerden legitieme individuele redenen kunnen hebben om te kiezen voor een oplaadbaar toestel (zoals gebruiksgemak of duurzaamheid), kunnen deze wensen de eis van een kosteneffectieve oplossing niet opzijzetten. Ruimte voor vergoeding van een duurdere, niet-kosteneffectieve oplossing bestaat alleen als er een specifieke medische indicatie voor is.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 6 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

De vraag in geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde oplader (oplaadapparatuur) voor de oplaadbare hoortoestellen ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut heeft in het kader van een SKGZ-geschil eerder een advies uitgebracht over het gebruiksklaar afleveren van hulpmiddelen.

Hierin heeft het Zorginstituut aangegeven dat hulpmiddelenzorg zoals bedoeld in artikel 2.9, eerste lid, van het Bzv, omvat functionerende hulpmiddelen. Hieronder valt onder andere het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel met inbegrip van behorende batterijen of oplaadapparatuur. Dit blijkt ook uitdrukkelijk uit de Toelichting bij artikel 2.6 van de Rzv.

Verder is het uitgangspunt bij de Zvw dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Hierbij kunnen de kosten in overweging worden genomen. De verstrekking moet niet onnodig duur zijn. Van een onnodig dure voorziening is sprake als in plaats van deze voorziening goedkopere adequate, alternatieve hulpmiddelen voorhanden zijn. De vraag of de door verzoekster gevraagde oplaadapparatuur adequaat en het meest doelmatige is, is aan verweerder om te beoordelen. Dit blijft een individuele beoordeling. Wel geldt, zoals hierboven aangegeven, dat oplaadapparatuur onderdeel is van het gebruiksklaar afleveren van het hulpmiddel vanuit de basisverzekering.

Conclusie

Op grond van artikel 2.9, eerste lid van het Bzv omvat hulpmiddelenzorg bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen. Hieronder valt ingevolge de Toelichting bij artikel 2.6 van de Rzv onder andere het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel met inbegrip van behorende batterijen of oplaadapparatuur.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Onder het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel valt onder andere het afleveren van het hulpmiddel met inbegrip van behorende batterijen of oplaadapparatuur. Dit betekent dat verzoekster aanspraak zou kunnen maken op een oplaadapparatuur ten laste van de basisverzekering. Of de door verzoekster gevraagde oplader adequaat en het meest doelmatige is, is ter beoordeling van verweerder.”

- 5.2. In het definitief advies van 2 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Het Zorginstituut merkt op dat verweerder in zijn pleitnota stelt dat er alleen aanspraak bestaat op een oplader als hiervoor een medische noodzaak bestaat, bijvoorbeeld wanneer een verzekerde door een functionele beperking de batterijen niet kan verwisselen. Verweerder verwijst hierbij naar het bindend advies van de SKGZ van 20 september 2022, waarin de betreffende verzekerde een medische beperking (Parkinson) zou hebben. Deze visie van verweerder is niet correct. Uit artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering en artikel 2.6 van de Regeling Zorgverzekering en de hierbij horende toelichting volgt niet dat er sprake moet zijn van een medische noodzaak voor vergoeding van opladers.

In de betreffende casus was er ook geen sprake van medische beperkingen, de betreffende verzekerde had gekozen voor oplaadbare hoortoestellen vanwege het milieu en gebruiksgemak. Ook bij de beoordeling van dit geschil speelde de medische noodzaak geen rol.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg, waaronder hoortoestellen, en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ 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 hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering en verder uitgewerkt in artikel 6.3 van het ‘Reglement Hulpmiddelen 2025’ van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). In artikel 6.3 van het reglement is geregeld dat het bepalen van de audiologische zorgvraag plaatsvindt aan de hand van het meest recente Protocol Hoorzorg. Verder is bepaald dat 75% van de kosten op basis van de geïndiceerde categorie wordt vergoed, en dat een wettelijke eigen bijdrage geldt van 25%. In artikel 35, tweede lid, onder b, van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat de kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn uitgesloten van vergoeding. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik, accu’s en batterijen. Het artikel bepaalt verder dat het hulpmiddel gebruiksklaar wordt afgeleverd, met inbegrip van eventuele batterijen of een (opgeladen) accu. Extra batterijen of opladers worden niet vergoed. Deze kosten worden alleen afzonderlijk vergoed als dit expliciet in het reglement staat. Tot slot is in artikel 2, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat een verzekerde recht heeft op zorg waarop hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

- 7.3. Door de ziektekostenverzekeraar is tweemaal een bedrag van € 733,50 aan verzoekster vergoed. Gelet op de factuur betreft dit 75% van de kosten van uitsluitend de hoortoestellen. De oplader is apart op de factuur vermeld en deze is niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 7.4. In het onderhavige geval geldt, zoals door de ziektekostenverzekeraar is bevestigd, dat een verzekerde binnen de geïndiceerde categorie vrij kan kiezen voor een oplaadbaar hoortoestel. Het door verzoekster gekozen type hoortoestel valt binnen de voor haar geïndiceerde categorie en is oplaadbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft betoogd dat voor de meegeleverde oplader een separate machtiging had moeten worden gevraagd, hetgeen in dit geval niet is gebeurd. Zijns inziens is de oplader niet doelmatig en volstaat het dat de hoortoestellen zijn afgeleverd met een opgeladen accu.
- 7.5. De commissie volgt die stelling niet. Hoewel de ziektekostenverzekeraar in artikel 2, vijfde lid, van de verzekeringsvoorwaarden heeft bedongen dat hij de doelmatigheid mag beoordelen, komt die bevoegdheid hem onder de gegeven omstandigheden niet toe waar het louter de oplader betreft, nu hij zijn verzekerden de mogelijkheid biedt te kiezen voor een oplaadbare variant binnen de geïndiceerde categorie. Zoals ook blijkt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 6 oktober 2025, welk advies is bevestigd in het definitief advies van 2 december 2025, dient verzoekster te beschikken over een adequaat functionerend hulpmiddel. Hieronder kan niet worden verstaan een hoortoestel met een eenmalig door de leverancier opgeladen accu, zoals het Zorginstituut heeft overwogen. De commissie ziet geen aanleiding van dit advies af te wijken en merkt op dat dit slechts anders zou kunnen zijn indien het hoortoestel tevens zou functioneren op batterijen. Dat is echter gesteld, noch gebleken. Nu de oplaadbare hoortoestellen in de situatie van verzoekster blijkbaar geïndiceerd zijn en ook doelmatig moeten worden geacht, kan de voor het functioneren noodzakelijke oplader niet met een beroep op een gebrek aan doelmatigheid worden geweigerd. Dit betekent dat de kosten van de oplader, net als die van de hoortoestellen, in aanmerking komen voor een vergoeding van 75%, hetgeen leidt tot een nabetalingsplicht van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster van € 149,63. Aangezien het verzoek hiermee gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar ook het door verzoekster betaalde klachtgeld van € 37,-- te vergoeden.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor de oplader van de hoortoestellen een (aanvullend) bedrag te vergoeden van € 149,63;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 21 januari 2026,

B.L.A. van Drunen

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

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.

De huisarts schrijft het recept uit met daarop het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode. Overige voorschrijvers schrijven een recept uit en vullen de landelijk overeengekomen 'Verklaring POLYMERE, OLIGO-MERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN' in.

Artikel 35 Hulpmiddelenzorg

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen die de overheid heeft aangewezen. Niet alle (categorieën) hulpmiddelen worden vergoed. Wij hebben de aangewezen hulpmiddelen verder beschreven in het Reglement Hulpmiddelen. In dit Reglement staan:

- a. de nadere voorwaarden om recht te hebben op vergoeding van de hulpmiddelenzorg;
- b. de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
- c. de hoogte van de eigen bijdrage en een eventueel van toepassing zijnde wettelijke maximumvergoeding;
- d. de hulpmiddelen die in eigendom of bruikleen worden verstrekt;
- e. de verplichtingen die u heeft ten aanzien van het aan u in eigendom of bruikleen verstrekte hulpmiddel.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polisvoorwaarden en kunt u vinden op onze website.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

- a. Er moet zijn voldaan aan alle voorwaarden zoals genoemd in de polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen.
- b. Voor vergoeding van verbandmiddelen moet er tevens sprake zijn van een ernstige aandoening, waarbij u op een langdurige behandeling met deze verbandmiddelen bent aangewezen, ook wel chronische wondzorg genoemd.

Machtiging

Voor welke hulpmiddelen u een machtiging moet aanvragen staat beschreven in het Reglement Hulpmiddelen. Bij gecontracteerde leveranciers is het mogelijk dat zij, in samenspraak met u, de machtiging voor u bij ons aanvragen. Indien wij geen overeenkomst hebben met de leverancier, bent u zelf verantwoordelijk voor het aanvragen van de machtiging. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing en voorschrift

In het Reglement Hulpmiddelen geven we per hulpmiddel aan of een verwijzing en/of voorschrift nodig is en wie deze afgeeft.

Eigen bijdrage

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage. Zie daartoe het Reglement Hulpmiddelen.

Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, betaalt u de eigen bijdrage rechtstreeks aan deze leverancier, tenzij wij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders bepalen.

Neemt u het hulpmiddel af van een leverancier met wie wij voor het hulpmiddel geen overeenkomst hebben gesloten, dan houden wij deze eigen bijdrage in op de vergoeding.

Uitsluitingen

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- a. kosten die boven de wettelijke maximumvergoeding uitkomen. U vindt de maximumbedragen in het Reglement Hulpmiddelen;
- b. kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik, accu's en batterijen. Bij aflevering wordt het hulpmiddel gebruiksklaar afgeleverd met inbegrip van eventuele batterijen (opgeladen) accu. Extra batterijen of opladers worden niet vergoed. Wij vergoeden deze kosten wel afzonderlijk als dit expliciet in het Reglement Hulpmiddelen staat;
- c. hulpmiddelen die bekostigd worden op grond van de Wlz, Wmo 2015, WIA of hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat vanuit de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

LID 3 ZORG VAN LEVERANCIER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een leverancier gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen.

Artikel 36 Ziekenvervoer en logeervergoeding

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de kosten van vervoer, waarbij wij de volgende vormen van vervoer onderscheiden:

- a. ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de Wet ambulancevoorzieningen (zie lid 2 van dit artikel);
- b. ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi (zie lid 3 van dit artikel);
- c. de vervangende logeervergoeding indien ziekenvervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is (zie lid 4 van dit artikel)

LID 2 ZIEKENVERVOER PER AMBULANCE

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN ZIEKENVERVOER PER AMBULANCE

Wij vergoeden het ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 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. Is vervoer per ambulance niet mogelijk, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel.

LID 2.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het ziekenvervoer per ambulance moet medisch noodzakelijk zijn waarbij een andere manier van vervoer (per taxi, auto of openbaar vervoer) om medische redenen niet verantwoord is.

Tracheacanule en toebehoren		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	<u>Omschrijving</u> Hieronder vallen ook stomabeschermers voor gelaryngectomeerden, zoals stomafilters, douchebeschermers of camouflagebeffen voor mensen met een tracheostoma.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Indien plaatsing of vervanging van de tracheacanule in het ziekenhuis of polikliniek plaatsvindt, worden de kosten vergoed op basis van de aanspraak op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorschrijver	Eerste aanvraag: Behandelend arts, physician assistant of verpleegkundig specialist*	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Herhalingsaanvraag: Offerte en toelichting leverancier.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Eigendom of bruikleen	Eigendom.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Gebruikstermijn	N.v.t.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorafgaande toestemming	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Ja, zie hoofdstuk 4 'Procedure aanvraag/toestemming.'
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Leverancier dient aangesloten te zijn bij de erkenningsregeling Diabetes test materialen, Incontinentie materiaal, Stoma materiaal, Wondverzorgingsartikelen (DISW) van de SEMH.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vergoeding	100%	Vastgestelde vergoeding, zie website .
	Vergoedingen in eigendom tellen mee voor uw eigen risico. Vergoedingen in bruikleen tellen niet mee voor uw eigen risico.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vervanging/reparatie	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Voorafgaande toestemming nodig, zie algemene bepalingen.

Bijzonderheden	* Er kan een uitzondering gelden voor de verwijzing, zie kopje Afwijking op voorschrijver bij de algemene bepalingen van dit Reglement.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
-----------------------	---	---

6.3 HULPMIDDELEN BIJ PROBLEMEN MET HOREN

Hoortoestellen		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	Het betreft hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Het gaat hier om hoortoestellen, tinnitusmaskeerders tegen oorsuizen, gehoorlepels, gehoorslangen en oorstukjes.	
	Het bepalen van de audiologische zorgvraag vindt plaats aan de hand van het meest recente Protocol Hoorzorg. U wordt door deze audiologische zorgvraag ingedeeld in een bepaalde categorie. Deze categorie bepaalt de hoogte van de vergoeding.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	De aanvraag dient alle documenten volgens het meest recente Protocol Hoorzorg, inclusief de motivatie van de audicien, te bevatten. De leverancier kan u hier verder over informeren.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Deels implanteerbare hoortoestellen zijn van de te verzekeren prestatie uitgesloten, omdat deze vallen onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden'.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Bij een aanvraag mag een audiogram niet ouder zijn dan 12 maanden.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.

Voorschrijver	Eerste aanvraag: - Tot 18 jaar: audioloog verbonden aan een audiologisch centrum door middel van een audiogram 18-67 jaar: KNO-arts of audioloog verbonden aan een audiologisch centrum door middel van een audiogram 68 jaar of ouder: triage audicien door middel van een audiogram	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Herhalingsaanvraag: - Tot 18 jaar: audioloog verbonden aan een audiologisch centrum door middel van een audiogram 18-67 jaar: triage audicien door middel van een audiogram 68 jaar of ouder: triage audicien door middel van een audiogram	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Eigendom of bruikleen	Eigendom.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Gebruikstermijn	Minimaal 5 jaar.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Voorafgaande toestemming	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Ja, zie hoofdstuk 4 'Procedure aanvraag/toestemming'.
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Hulpmiddel moet worden geleverd door gediplomeerd StAr/SEMH audicien of Kwaliteits geregistreerd Triage audicien.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vergoeding	75% van de geïndiceerde categorie wordt vergoed. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25% van het bedrag dat uit de basisverzekering wordt vergoed voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor verzekerden die 18 jaar of ouder zijn.	Vastgestelde vergoeding, zie website .
	Vergoedingen in eigendom tellen mee voor uw eigen risico. Vergoedingen in bruikleen tellen niet mee voor uw eigen risico.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
Vervanging/reparatie	Informeert bij de gecontracteerde leverancier.	Voorafgaande toestemming nodig, zie algemene bepalingen.

Bijzonderheden	Bij reparatie na de minimale gebruikstermijn kan worden volstaan met een toelichting en een gespecificeerde offerte van de leverancier.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	De vergoeding voor (het behoud van) een adequate hooroplossing voor 5 jaar is inclusief: - Aanmeten; - Oorstukjes; - Noodzakelijk onderhoud; - Reparaties.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Indien u vrijwillig kiest om bij te betalen voor een (niet geclassificeerd) hoortoestel, dan moet het ingevulde Bijbetalingsformulier worden toegevoegd aan de aanvraag. Het bijbetalingsformulier kunt u hier vinden.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.
	Voor kinderen jonger dan 18 jaar wordt een BAHA hoortoestel met softband vergoed. De BAHA op softband wordt in bruikleen of eigendom verstrekt.	Hiervoor geldt hetzelfde als bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier.