

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, en IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, vergoeding, informatieverstrekking
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, 2.10 en 2.33 Rzv, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-002, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer	: 202202361
Zittingsdatum	: 30 augustus 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 8 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 mei 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Tijdens een telefonisch onderhoud op 6 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een minnelijke regeling voorgesteld. Bij e-mailbericht van 6 juli 2023 heeft verzoeker het voorstel van de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Bij brief van 7 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 juli 2023 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailbericht van 10 juli 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 10 juli 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 14 augustus 2023 heeft verzoeker aanvullende stukken aan de commissie doen toekomen. Kopieën hiervan zijn op 15 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 16 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende stukken aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 17 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 augustus 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Extra Zorg 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 3 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in oktober 2022 telefonisch en via de chat contact gehad met de ziektekostenverzekeraar over de voorwaarden waaronder hoortoestellen voor vergoeding in aanmerking komen. Op 19 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar via de leverancier een kostenopgave voor een hoortoestel categorie 4 of 5 ontvangen. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 24 oktober 2022 geschreven dat hem niet bekend was naar welke zorgverlener verzoeker wilde gaan. In deze brief werd verzoeker het onderscheid duidelijk gemaakt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners en werd verwezen naar het toepasselijke reglement.
- 3.3. Bij brief van 3 november 2022 deelde de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker mee dat de zorgverlener niet voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen.

- 3.4. Verzoeker is hier op 10 november 2022 tegen opgekomen. Op 24 november 2022 vond een telefonisch onderhoud plaats. Bij brief van 13 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat hij bij het ingenomen standpunt blijft. Verzoeker heeft vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op € 500,- per jaar, hiervan zal aan hem € 200,- worden vergoed voor de eveneens aangeschafte oplader. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij wijze van financiële genoegdoening € 250,- aangeboden en aan hem uitgekeerd. Hierna werd nog een bedrag van € 143,36 aan verzoeker uitgekeerd, volgens de ziektekostenverzekeraar per abuis. Verzoeker is gevraagd dit bedrag terug te storten.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem een redelijke vergoeding te verlenen voor de aangeschafte hoortoestellen Zircon 1 miniRite beiderzijds (2 x € 1.250,-) en een Oticon charger (€ 200,-) en daarnaast een bedrag van € 500,- vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering aan hem te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker gesteld dat hij vooraf navraag naar de vergoeding heeft gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. In de telefonische contacten werd hem bij herhaling onjuiste en onvolledige informatie verstrekt. Het duurde erg lang voor hij het juiste antwoord kreeg. Doordat het contact verliep met de helpdesk, en niet met de afdeling hulpmiddelen, zijn misverstanden ontstaan. In de gesprekken en de chat werd niet gerefereerd aan een gemaximeerde vergoeding ("100% vergoeding, tenzij de rekening veel te hoog is."), wel aan een eigen bijdrage van 25%, en ook de in een later stadium door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde kwaliteitseisen werden toen niet genoemd. Op de site zijn deze evenmin terug te vinden. Hier was destijds alleen sprake van een "audicien". Volgens verzoeker heeft hij aan alle voorwaarden voldaan. Er is online een aanvraag ingediend, met een offerte. Deze offerte is afkomstig van een leverancier waarbij een stAr-geregistreerde audicien werkzaam is. De ziektekostenverzekeraar beschikt inmiddels over alle stukken, maar blijft zich ambtelijk opstellen.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij op basis van de onjuiste en onvolledige informatie verplichtingen is aangegaan die zijns inziens niet meer ongedaan konden worden gemaakt. Dat fouten zijn gemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar in bedekte termen toegegeven door een genoegdoening van € 250,- aan te bieden. Volgens verzoeker mag dit niet als een vergoeding worden geduid, omdat hij in dat geval aanspraak zou kunnen maken op het bedrag van € 500,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Gezien de kosten van totaal € 2.700,- acht verzoeker de genoegdoening hoe dan ook ondermaats.
- 4.4. Hoewel verzoeker heeft gekozen voor een restitutieverzekering, werd hij steeds richting een gecontracteerde leverancier geleid, zodat van vrije keuze geen sprake is. Kennelijk worden de gesprekken opgenomen. De commissie kan deze opnames opvragen, en hieruit zal de juistheid van het door verzoeker gestelde blijken.
- 4.5. Verzoeker verklaart inmiddels twee betalingen te hebben ontvangen, namelijk van € 200,- en € 143,36. Eerstgenoemd bedrag zou zien op de oplader, maar hiervoor is geen nota ingediend, alleen een offerte. Het tweede bedrag zou voor een andere verzekerde zijn bedoeld en verzocht is dit terug te storten. Deze gang van zaken is volgens verzoeker kenmerkend voor het hele dossier.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog benadrukt dat zijn klacht gaat over de onjuiste telefonische informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraar én het feit dat de informatie niet op de wijze zoals door de ziektekostenverzekeraar wordt vermeld op de website aanwezig was. In artikel 9 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de regeling) is opgenomen dat wanneer een consument vraagt om informatie over financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn

keuze te kunnen overzien verstrekt. Uit artikel 4B van de regeling blijkt dat website, telefonische informatieverstrekking en de app duidelijk en voldoende moeten zijn. Volgens verzoeker betekent ook dat de ziektekostenverzekeraar de verstrekte informatie ook moet kunnen reproduceren. Anders heeft de regeling geen enkele zin. Van een verzekerde hoeft niet te worden gevraagd ook nog een studie te maken van de verschillende voorwaarden en reglementen.

Het is onverteerbaar dat van bepaalde contactmomenten wel een registratie beschikbaar is en van andere contactmomenten niet. Temeer omdat voorafgaand aan het telefoongesprek altijd wordt meegedeeld dat het gesprek wordt opgenomen.

Verzoeker heeft een schermafbeelding van de website van de ziektekostenverzekeraar overgelegd waar alleen als voorwaarde "audicien" stond. Dit is later aangepast naar de voorwaarde dat niet alleen de audicien stAr-geregistreerd moet zijn, maar dat ook de winkel de vermelding "de audicien" moet hebben. Ook hiervan heeft verzoeker een schermafbeelding overgelegd. De informatie op de website was ten tijde van de raadpleging van verzoeker onvolledig en onjuist. Verzoeker merkt op dat hij op 14 oktober 2022 op de hoogte was dat aan kwaliteitseisen moest worden voldaan.

Hiermee doelt hij op de informatie zoals zichtbaar op de eerste schermafbeelding, namelijk dat het moest gaan om een "audicien". Na enig doorklikken op de website is hij uiteindelijk ook bij de voorwaarden uitgekomen. Hier heeft hij gelezen dat de audicien stAr-geregistreerd moet zijn.

Hieruit heeft hij opgemaakt dat een audicien met een stAr-registratie voldoende is. Een van de medewerkers van de leverancier is stAr-geregistreerd.

Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, was het niet mogelijk om van de hoortoestellen af te zien. Hij had onderzocht of de hoortoestellen vergoed zouden worden. Afzien van de koop omdat de ziektekostenverzekeraar hem niet goed had ingelicht, was niet mogelijk.

Daarnaar gevraagd licht verzoeker toe dat het bedrag van € 146,36 voor een andere verzekerde bleek te zijn en dat dit bedrag inmiddels door de ziektekostenverzekeraar via automatische incasso is geïncasseerd.

- 4.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Onder verwijzing naar artikel 37 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen 2022 (hierna: het reglement hulpmiddelen), heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat een verzekerde eens per 5 jaar aanspraak heeft op een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering. Hiertoe zijn altijd een verwijzing en een machtiging vereist. Tevens gelden er bepaalde kwaliteitseisen. Zo moet sprake zijn van een stAr-geregistreerde audicien met het keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien. In de situatie van verzoeker wordt hieraan niet voldaan. Verzoeker was van het bestaan van deze kwaliteitseisen op de hoogte vanaf 14 oktober 2022. Er is geen aanvraag gedaan voor een machtiging, maar door de ziektekostenverzekeraar werd alleen een offerte ontvangen. De leverancier is daarnaast niet stAr-geregistreerd en beschikt niet over het keurmerk 'De Audicien'.

Volgens verzoeker mocht hij uit het feit dat de leverancier geregistreerd was bij het audicienregister opmaken dat deze aan de geldende kwaliteitseisen voldeed. Verzoeker verwijst naar een tekst op de website van het audicienregister over toelating tot het register. Deze tekst is echter opgesteld door de bouwers van het audicienregister en heeft niets te maken met de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde kwaliteitseisen. Daarbij was het niet meer mogelijk het audiciensregister van 2022 te raadplegen. In het audicienregister van 2023 is de leverancier weliswaar geregistreerd, maar hierbij is aangegeven dat hij niet aan de kwaliteitseisen voldoet.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft veelvuldig contact gehad met verzoeker. Op basis van de geregistreerde logmomenten kan niet worden geoordeeld dat onjuiste informatie is verstrekt door de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast is geen sprake geweest van te late beantwoording. Uit de contactmomenten blijkt dat het in ieder geval op 3 november 2022 voor alle partijen duidelijk was dat de leverancier in kwestie niet voldeed aan de gestelde kwaliteitseisen. Op 5 november 2022 is dit schriftelijk aan verzoeker bevestigd.

De ziektekostenverzekeraar bestrijdt de stelling van verzoeker dat hij een verplichting is aangegaan met de leverancier, omdat hij een toestel op proef had en dat het toestel voldeed aan zijn eisen. Er bestond op dat moment wel degelijk nog ruimte om verder te gaan naar een leverancier die wel voldeed aan de kwaliteitseisen. Door vast te houden aan de leverancier in kwestie, heeft verzoeker bewust het risico genomen dat een vergoeding achterwege zou blijven.

- 5.3. Voor hoortoestellen geldt een eigen bijdrage en het eigen risico is van toepassing. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op € 500,- per kalenderjaar, en dit bedrag kan worden gebruikt voor de eigen bijdrage of voor batterijen. Gelet op artikel 28.8 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden kan in dit geval de eigen bijdrage voor hoortoestellen niet worden vergoed, aangezien geen vergoeding is verleend vanuit de zorgverzekering. Ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is € 200,- vergoed voor de oplader. De ziektekostenverzekeraar is bereid verzoeker een financiële tegemoetkoming aan te bieden van € 250,-. Toegezegd was dit bedrag aan hem te betalen, maar aanvankelijk is dit per abuis nagelaten. Wel werd aan hem € 143,36 overgemaakt. Deze betaling was echter bedoeld voor een andere verzekerde.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in 2022 op de hoofdpagina stond dat een verzekerde terecht kon bij een audicien. Hierbij werd vermeld dat als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, er een machtiging moet worden aangevraagd. Als op de link voor de machtiging werd doorgeklikt, werd op de volgende pagina verwezen naar het reglement hulpmiddelen. Daar werden de voorwaarden genoemd. Verzoeker wist in ieder geval op 24 oktober 2022 dat de hoortoestellen niet onder de verzekerde zorg vielen. Hij heeft de hoortoestellen toch aangeschaft. Hiermee heeft hij het risico genomen dat de kosten niet zouden worden vergoed. Verzoeker had ruimte om de hoortoestellen niet aan te schaffen. Het niet verlenen van een vergoeding door een zorgverzekeraar is een gegronde reden om de hoortoestellen terug te geven aan de leverancier, ook in de precontractuele fase. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat het niet mogelijk is om terug te halen wat tijdens de contactmomenten met verzoeker is besproken. De zorgverzekeraar werkt met een registratiesysteem waarbij de interactiemomenten met verzekerden worden vastgelegd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een kennisdatabase met basisvragen. De medewerker aan de telefoon zoekt een basisvraag uit het systeem die het beste past bij de vraag die wordt gesteld en beantwoordt die vraag met de informatie uit het kennisdatabase. Hierbij wordt alleen de basisvraag geregistreerd. Als er aanvullende informatie wordt gegeven, wordt daar een aantekening van gemaakt. Opgenomen inkomende gesprekken worden na 28 dagen verwijderd en kunnen niet meer worden teruggehaald. De ziektekostenverzekeraar betwist dat een ongeclausuleerde, eenduidige toezegging is gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft nog opgemerkt dat met het aanbieden van een coulancevergoeding geen fout is erkend.
- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

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 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 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 zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', hulpmiddelenzorg - meer specifiek de aanspraak op hoortoestellen - en de eigen bijdrage, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Tevens is hierin weergegeven de van belang zijnde bepaling uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 (hierna: de regeling) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Hoortoestellen behoren tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Partijen zijn hierover niet verdeeld. Om voor vergoeding of verstrekking ervan in aanmerking te komen moet betrokkene naar inhoud en omvang redelijkerwijs op het hulpmiddel zijn aangewezen. Dit volgt uit artikel 2.1, derde lid, Bzv. Daarnaast moet de zorg doelmatig zijn. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 Bzv blijkt dat doelmatigheid volgens de wetgever geen onderwerp is van wettelijke voorschriften, maar een onderwerp dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Het is dan ook aan de zorgverzekeraar en de verzekerde eventuele afspraken over het doelmatigheidsvereiste op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden. Voor hoortoestellen heeft dit vorm gekregen via het Keuzeprotocol Hoorzorg (hierna: het Keuzeprotocol). Het Keuzeprotocol (door de ziektekostenverzekeraar aangeduid met 'Protocol hoorhulpmiddelen') is van toepassing verklaard in het reglement hulpmiddelen.
- 7.3. Op grond van het Keuzeprotocol komt een verzekerde, afhankelijk van de (medische) indicatie die is gesteld en de categorie waarin hij wordt ingedeeld, in aanmerking voor een hoortoestel uit categorie 1 t/m 5 zoals opgenomen in de zogenoemde hoortoestellendatabase. Uitgangspunt is dat met dit hoortoestel het hoorprobleem van een verzekerde adequaat wordt opgelost. Indien dit bij een verzekerde met een hoortoestel uit categorieën 1 t/m 5 niet het geval is, kan sprake zijn van een individuele zorgvraag. In dat geval bestaat aanspraak op een hoortoestel in de zogenoemde buitencategorie. Het is aan een audiologisch centrum om vast te stellen of dit aan de orde is.
- 7.4. Partijen hebben zich niet erover uitgelaten of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de hoortoestellen categorie 4 of 5. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat aan deze voorwaarde is voldaan. Daarentegen zijn partijen verdeeld over de toepasselijke kwaliteitseisen welke aan de leverancier in kwestie worden gesteld, en over de vraag of verzoeker een voorafgaande machtiging van de ziektekostenverzekeraar behoefde. Met betrekking tot het eerste punt geldt dat in artikel 37 van de voorwaarden van de zorgverzekering onder het kopje 'Hier kunt u terecht' is bepaald: *"In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen."* Ten aanzien van uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie wordt op bladzijde 7 van het Reglement hulpmiddelen als kwaliteitseis, waaraan de leverancier van hoortoestellen moet voldoen, genoemd: *"StAr geregistreerd audicien die werkt in een winkel met het keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien."*
- 7.5. De commissie stelt vast dat voornoemde eis feitelijk in twee delen uiteenvalt. Er wordt gesproken over een "StAr-geregistreerde audicien" en over "een winkel met het keurmerk 'De Audicien' of een SEMH erkende audicien". Aan verzoeker moet worden toegegeven dat bij de leverancier van de hoortoestellen een medewerkster werkzaam is die StAr-geregistreerd is. De ziektekostenverzekeraar heeft dit althans niet bestreden. Dit neemt niet weg dat de leverancier niet voldoet aan het tweede deel van de eis. De leverancier beschikt namelijk niet over genoemd keurmerk of de erkenning.

- 7.6. Waar het gaat om de vraag of een voorafgaande machtiging vereist was, bepaalt artikel 37 van de zorgverzekering, onder het kopje 'Toestemming', het volgende: *"In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden."* Op bladzijde 7 van het Reglement hulpmiddelen is onder 'Toestemming niet gecontracteerde zorgaanbieder' te lezen: *"Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie."* Het staat vast dat verzoeker de noodzakelijke toestemming voor de aanschaf van de beide hoortoestellen niet heeft gekregen. Het feit dat hij heeft gekozen voor een verzekering op restitutiebasis doet hieraan niet af; het toestemmingsvereiste geldt ook in dat geval onverkort.
- 7.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat in de situatie van verzoeker aan twee voorwaarden niet is voldaan, te weten ten aanzien van de kwaliteit van de zorgaanbieder/leverancier en de voorafgaande toestemming.
- 7.8. De commissie begrijpt de stellingen van verzoeker aldus, dat hij telkens onjuist en onvolledig is voorgelicht, zowel in de telefoongesprekken, het chatgesprek, als op de website. Door de ziektekostenverzekeraar is er in dit verband op gewezen dat verzoeker van de toepasselijke voorwaarden op de hoogte had kunnen zijn vanaf 14 oktober 2022. Blijkbaar is hierbij gedoeld op het telefoongesprek op die datum. Uit de weergave, door verzoeker, van dit gesprek blijkt dat het punt van kwaliteitseisen toen aan de orde is geweest, evenals de eis van voorafgaande toestemming. Over het Reglement hulpmiddelen is niet gesproken. Bij de stukken bevindt zich verder een brief van 24 oktober 2022 waarin wél nadrukkelijk wordt verwezen naar het Reglement hulpmiddelen, indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Naar het oordeel van de commissie werd in ieder geval vanaf die laatste datum voldaan aan het gestelde in artikel 9 van de regeling. Verzoeker was niet alleen bekend met de relevante voorwaarden, maar ook met het formele kader, zodat hij dit desgewenst zelf had kunnen raadplegen. Dat dit alles in het chatgesprek niet uitgebreid aan de orde is gekomen, maakt dit niet anders. Hetzelfde geldt voor het zoeken naar informatie op de website. Van verzoeker mocht worden verwacht dat hij "een laag dieper" zou gaan, temeer daar een machtiging in dit geval aangevraagd moest worden en dat daartoe op een link op de website moet worden geklikt, waarna expliciet wordt verwezen naar het toepasselijke Reglement hulpmiddelen. De stelling dat hij hierdoor gedwongen wordt toch gebruik te maken van een gecontracteerde leverancier treft geen doel. Het verschil is slechts dat de kwestie van de kwaliteitseisen hier niet zal spelen - die controle heeft de ziektekostenverzekeraar immers al uitgevoerd in het kader van het contract - en dat de machtigingsaanvraag via een andere route loopt.
- 7.9. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij op grond van de onjuiste en onvolledige informatie verplichtingen is aangegaan. Dit overtuigt niet. In oktober 2022 was hij op de hoogte van de voorwaarden; de nota - gedateerd 7 december 2022 - werd op 8 december 2022 door hem voldaan. Verzoeker had derhalve alle tijd om met de leverancier het gesprek aan te gaan over deze voorwaarden dan wel op zoek te gaan naar een andere leverancier.
- 7.10. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, stond het de ziektekostenverzekeraar vrij vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering te weigeren. Besloten is echter verzoeker financieel tegemoet te komen en hem € 250,- te bieden. Omdat het hier een onverplichte vergoeding betreft, kan de commissie zich over de hoogte hiervan niet uitlaten. Duidelijk is wel dat na aftrek van dit bedrag nog steeds € 2.250,- voor rekening van verzoeker blijft.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot een bedrag van € 500,- per jaar. Op grond van artikel 28.1 vallen hieronder "batterijen, oplaadbare batterijen en bijbehorende opladers". Door verzoeker is een Oticon® charger aangeschaft, kosten € 200,-. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten inmiddels vergoed, zodat hierover geen geschil meer bestaat. Met betrekking tot de resterende € 300,- geldt dat in artikel 28.8 is bepaald

dat (tevens) aanspraak bestaat op "De wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en een tinnitusmaskeerder die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt." In het geval van verzoeker is sprake van een onverplichte financiële tegemoetkoming in de kosten van de hoortoestellen. Dit is iets anders dan een vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Om die reden mocht de ziektekostenverzekeraar weigeren het resterende bedrag van € 300,- te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Ten aanzien van het bedrag van € 143,36 merkt de commissie nog op dat dit klaarblijkelijk geen verband houdt met de onverplichte vergoeding van € 250,- of de vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering van € 200,-. Verzoeker heeft voorts niet gemotiveerd weersproken dat het bedrag abusievelijk aan hem werd betaald. De commissie houdt het er daarom voor dat betaling zonder rechtsgrond, en derhalve onverschuldigd plaatsvond, zodat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was dit van verzoeker terug te vragen.

Slotsom

7.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 september 2023,

H.A.J. Kroon

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- De datum waarop de nota door de zorgaanbieder is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen)
- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Artikel 37. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- Of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel dat u op basis van het Reglement hulpmiddelen in bruikleen krijgt? Houdt u er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U heeft in dat geval recht op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 38. Verblijf

Verblijf is medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 15.1), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), gespecialiseerde GGZ (artikel 26) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 32 en artikel 33) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 14, Verpleging en verzorging.

Een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis is mogelijk als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 77,50 per dag.

Wanneer heeft u recht op een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis?

Ondergaat u CAR T-celtherapie en woont u op meer dan 60 minuten reizen van het expertziekenhuis waar u de behandeling ondergaat? Dan kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van het ziekenhuis geven. De vergoeding begint op de dag dat u het ziekenhuis verlaat en stopt na 14 dagen, tenzij u langer in de buurt van het ziekenhuis moet blijven in verband met medische complicaties. De vergoeding bedraagt maximaal € 77,50 per dag.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

HUIDTHERAPIE

Artikel 27. Budget huidbehandelingen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor acnebehandeling, camouflagetherapie en ontharen zoals hierna beschreven in Artikel 27.1, Artikel 27.2 en Artikel 27.3.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
geen vergoeding	maximaal € 300 per kalenderjaar	maximaal € 300 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar

27.1. Acnebehandeling

Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling van ernstige vormen van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website.

27.2. Camouflagetherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling om bij ernstige (blijvende) ontsieringen in het gezicht en/of de hals, de littekens en huidaandoeningen met kleurafwijkingen minder opvallend te maken.
Ook de benodigde middelen krijgt u vergoed.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website.

27.3. Ontharen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van behandeling om extreme haargroei in het gezicht definitief te verwijderen.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website.

HULPMIDDELEN

Artikel 28. Budget hulpmiddelen

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor hulpmiddelen zoals hierna beschreven in Artikel 28.1 t/m Artikel 28.9.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
geen vergoeding	maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar

28.1. Batterijen hoorhulpmiddelen

Dit krijgt u vergoed

De kosten van batterijen, losse oplaadbare batterijen en bijbehorende opladers voor hoorhulpmiddelen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

28.2. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Dit krijgt u vergoed

Maximaal 2 tijdelijke hand- en/of vingerspalken. De spalk wordt gebruikt om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Let op

De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, vergoeden wij niet. De zorgverlener beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

28.3. Mammaprothese

Dit krijgt u vergoed

De kosten van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese-BH en een prothesebadpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Ook schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips krijgt u vergoed. Wij vergoeden plakstrips ook als u naar een zorgverlener in het buitenland gaat, die vergelijkbare zorg levert.

28.4. Pruik en mutssja's

Dit krijgt u vergoed

Het verschil tussen het bedrag dat de leverancier bij u in rekening brengt voor een pruik en de vergoeding die u daarvoor ontvangt vanuit de zorgverzekering. Wij vergoeden deze kosten ook als uw pruik geleverd wordt door een zorgverlener in het buitenland. Als u een indicatie heeft voor een pruik, dan ontvangt u een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik en de kosten voor een mutssja. Mutssja's die zijn geleverd door een zorgverlener in het buitenland vergoeden wij niet.

28.5. Steunpessarium

Dit krijgt u vergoed

De kosten van het pessarium. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats. De kosten van het plaatsen van het pessarium door de huisarts worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Hier kunt u terecht

Huisarts.

28.6. Plaswekker van 6 tot 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De (huur)kosten van een plaswekker bij nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde broekjes en bandages. De vergoeding is eenmalig voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering.

Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van plaswekkers.

28.7. ADL-Hulpmiddelen**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van ADL-Hulpmiddelen als u een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis heeft. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals bijvoorbeeld de kleine hulpmiddelen die nodig zijn om uzelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Een volledige lijst met hulpmiddelen die wij vergoeden vindt u op onze website.

Hier kunt u terecht

Bij een leverancier van hulpmiddelen.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van de ergotherapeut, een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze zorgverlener beoordeelt welke ADL-Hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn.

28.8. Eigen bijdrage hoortoestellen**Dit krijgt u vergoed**

De wettelijke eigen bijdrage voor een hoortoestel en een tinnitusmaskeerder die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

28.9. Eigen bijdrage gezichtshulpmiddelen**Dit krijgt u vergoed**

De wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen, filterglazen of contactlenzen die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Artikel 29. Steun-/compressiekousen**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van steun-/compressiekousen drukklasse 1.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
geen vergoeding	maximaal 4 paar per kalenderjaar	maximaal 4 paar per kalenderjaar	maximaal 4 paar per kalenderjaar

Dit moet u zelf regelen

Een recent voorschrift van huisarts of medisch specialist. Deze moet u meesturen als u de rekening bij ons indient.

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.

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 vijftientwintig 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Kosten van zorg

Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

9.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien.

9.2. Wanneer een consument niet beschikt over alle gegevens op basis waarvan de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde informatie kan geven, dan moet de zorgverzekeraar aangeven welke gegevens ontbreken. De zorgverzekeraar vermeldt hierbij, indien van toepassing, waar of bij wie de consument de ontbrekende gegevens kan verkrijgen zodat de informatie bedoeld in het eerste lid alsnog kan worden gegeven.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

10. 1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan:

- a. meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en
- b. neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is.

10.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds hanteert bij de contractering en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde dan:

- a. meldt de zorgverzekeraar hoe hij daarmee omgaat in de polisvoorwaarden en via zijn relevante openbare communicatiekanalen, waarbij hij ook de mogelijke consequenties voor de verzekerde vermeldt, en
- b. vermeldt de zorgverzekeraar in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht voor de betreffende zorgaanbieder wat de mogelijke consequenties hiervan zijn voor de verzekerde.

10.3 De zorgverzekeraar geeft in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht tijdens de overstapperiode aan wat de stand van zaken is met betrekking tot de contractering en wat de gevolgen daarvan zijn.

Artikel 11 Geneesmiddelenbeleid

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het geneesmiddelenbeleid, zoals het preferentiebeleid en de (financiële) gevolgen ervan voor de verzekerde/consument. De zorgverzekeraar stelt een overzicht van de preferente geneesmiddelen ter beschikking.

Artikel 12 Vergoeding grensoverschrijdende zorg

De zorgverzekeraar verstrekt informatie over het recht op (vergoeding van) zorg in het buitenland via zijn relevante openbare communicatiekanalen. Deze informatie omvat ook de voorwaarden die gelden voor de vergoeding van zorg in het buitenland, zoals in welke gevallen voorafgaande toestemming is vereist, op welke wijze buitenlandse nota's kunnen worden ingediend als het gaat om restitutie van de kosten, en welke vergoedingen hiervoor gelden. Daarbij geeft de zorgverzekeraar ook informatie over de European