

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ Groep U.A., beide te Tilburg  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, buitencategorie, Phonak Audéo P90-R  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021  
Zaaknummer : 202101880  
Zittingsdatum : 23-03-2022

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 28 september 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hier gevolg aan gegeven. Op 8 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 januari 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 januari 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 21 februari 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022003110) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 24 februari 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 maart 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 30 maart 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 1 april 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Supertop (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is al ruim tien jaar aangewezen op hoortoestellen. Toen de laatste hoortoestellen uit categorie 5 aan vervanging toe waren heeft verzoeker zich gewend tot de audicien. In overleg met hem heeft verzoeker gekozen voor twee hoortoestellen van het type Phonak Audéo P90-R. Verzoeker heeft de hoortoestellen op 3 mei 2021 geleverd gekregen.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van de hoortoestellen te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 mei 2021 aan verzoeker meegedeeld dat de desbetreffende kosten niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar diverse malen om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Onder meer bij brieven van 10 juni 2021 en 16 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 21 februari 2022 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

### **Beoordeling**

(...)

*Verzoeker had categorie 5 hoortoestellen (Unitron Moxi Pro North), maar deze bleken niet voldoende te zijn. Hij ondervond problemen door toenemend gehoorverlies, niet alleen met het missen van geluiden maar nog meer met het niet op de juiste wijze verstaan van woorden. Dit leidde tot ongewenste en onhoudbare situaties in zijn sociale leven en vooral in zijn hoedanigheid als voorzitter van een stichting. Vergaderen, zowel fysiek als (sinds het uitbreken van de coronapandemie) digitaal was niet mogelijk, waardoor de communicatie alleen nog via e-mail geschiedde en ook telefoneren werd een hoe langer hoe grotere barrière.*

*De huidige hoortoestellen kosten minder luisterinspanning. Verzoeker kan weer gesprekken volgen en zijn werkzaamheden als voorzitter van een stichting weer oppakken. Verzoeker spreekt in die hoedanigheid met zeer veel personen en vergaderingen vinden vaak in gehorige ruimtes plaats. Vanwege het risico om covid-19 op te lopen geeft verzoeker de voorkeur aan vergaderingen die online plaatsvinden; met de gevraagde hoortoestellen is hij niet afhankelijk van zijn apparatuur maar kan het geluid direct naar zijn hoortoestel worden gestreamd waardoor hij niet gehinderd wordt door ruis of achtergrondgeluiden.*

*De audicien verwijst naar het schrijven van verzoeker waarin deze aangeeft dat zijn auditieve beperking niet het enige fysieke probleem is en dat zijn energieniveau structureel laag is (bedrust van circa 16 uur per etmaal is noodzakelijk). Daar de nieuwe hoortoestellen een natuurlijker klankbeeld geven, kosten ze minder luisterinspanning, waardoor hij minder vermoeid is aan het eind van de dag of na een lange vergadering, waardoor hij ondanks zijn beperkingen toch nog aan het maatschappelijk verkeer kan deelnemen. Volgens de brief van de audicien van voldeden de oude Unitron hoortoestellen met name op het gebied van connectiviteit met andere externe audioapparatuur niet meer aan de eisen van verzoeker. De nu gekozen hoortoestellen bieden technisch de mogelijkheid om meerdere bluetooth apparaten gelijktijdig te gebruiken, wat in vergadersituaties erg wenselijk is.*

*Uit de voorliggende informatie blijkt dat het Keuzeprotocol hoorzorg niet is gevolgd. Volgens de brieven van verweerder moeten er minstens twee hoortoestellen uit de database uitgeprobeerd zijn en, als na een proefperiode is gebleken dat hiermee niet kan worden volstaan, moet er voor een hoortoestel buiten de database een aanvraag zijn van het Audiologisch Centrum met onderbouwing.*

*De audicien beaamt dat het Keuzeprotocol niet is gevolgd en schrijft onder meer dat enerzijds de kans op succes met categorie 5 hoortoestellen door hem als zeer gering werd ingeschat, zeker gezien de wensen van verzoeker op het gebied van connectiviteit, en anderzijds omdat haast geboden was, daarnaast gaf verzoeker aan geen concessies te willen doen aan zijn gehoor, aldus de audicien. Voor vergadersituaties zou solo-apparatuur een toegevoegde waarde kunnen hebben, echter volgens de audicien geven categorie 5 hoortoestellen een minder mooie klankbeleving en minder rust dan buitencategorie hoortoestellen. Daarnaast bieden de door verzoeker gekozen hoortoestellen de mogelijkheid om rechtstreeks via bluetooth te verbinden met meerdere devices tegelijk (smartphone, laptop, tablet) zonder telkens te hoeven wisselen tussen deze apparaten. De*

audicien geeft verder aan dat verzoeker en hij tijdens de gehele proef ervan uit zijn gegaan dat verzoeker gezien zijn restitutiepolis volledige keuzevrijheid zou hebben.

Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker, mede gezien zijn activiteiten, snel een goede oplossing wil voor het vervangen van de oude hoortoestellen, is dit, om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de basisverzekering, geen reden om af te wijken van het Keuzeprotocol. De hoortoestellendatabase is dynamisch en nieuwe hoortoestellen worden toegevoegd. Om in aanmerking te komen voor vergoeding dienen, conform de voorwaarden van verweerder, twee verschillende hoortoestellen uit de database uitgeprobeerd te zijn. Pas wanneer aangetoond is dat deze niet adequaat functioneren en dit onderbouwd is door de zorgverlener, is vergoeding vanuit de basisverzekering mogelijk. In de database zitten verschillende soorten categorie 5 hoortoestellen, waaronder ook iOS en Android compatibele hoortoestellen en 'Made for iPhone' hoortoestellen. Op grond van de voorliggende gegevens is niet uitgesloten dat er in de hoortoestellendatabase voor verzoeker adequate hoortoestellen voorhandenzijn.

### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van twee hoortoestellen van het type Phonak Audéo P90-R, ten laste van de basisverzekering.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem aangeschafte hoortoestellen van het type Phonak Audéo P90-R moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 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 A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen 2021 van de ziektekostenverzekeraar opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat zijn vorige hoortoestellen niet meer voldeden vanwege toenemend hoorverlies. Verzoeker stelt hoge eisen aan zijn gehoor. Hij is gepensioneerd en is voorzitter van een stichting. In deze hoedanigheid voert hij veel (online) gesprekken en is het cruciaal dat hij zijn gesprekspartners goed kan verstaan. Er wordt in deze tijd veel online vergaderd. Hierdoor is verzoeker meer op zijn gehoor aangewezen omdat de lichaamstaal ontbreekt. Volgens verzoeker is sprake van een bijzondere individuele zorgvraag. Hij verwijst in dit verband naar een eerder bindend advies (SKGZ201802094) en stelt dat dezelfde situatie ook op hem van toepassing is. Een toestel uit categorie 5 voldoet niet meer voor verzoeker, ook niet met solo-apparatuur. Verzoeker stelt verder dat hij zich misleid voelt door de ziektekostenverzekeraar

nu hij bewust heeft gekozen voor een restitutiepolis. Verzoeker stelt veel prijs op behoud van eigen regie en wordt nu beperkt in zijn zorgkeuze.

#### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij in het Reglement Hulpmiddelen heeft opgenomen dat op basis van het Keuzeprotocol Hoorzorg wordt bepaald op welk type hoortoestel een verzekerde recht heeft. Het Keuzeprotocol Hoorzorg is niet door de audicien gevolgd. Dit is echter wel een vereiste om te kunnen vaststellen of sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag. De gekozen hoortoestellen komen niet voor in de ZN-hoortoestellen database. Er is niet objectief aangetoond dat het voor verzoeker niet mogelijk is uit te komen met een toestel uit de database nu hij geen andere toestellen heeft geprobeerd en daarnaast ontbreekt een onderbouwing van het audiologisch centrum.

#### *Overwegingen commissie*

#### **Zorgverzekering**

- 6.4. De commissie overweegt dat voor de aanspraak op (vergoeding van) hoortoestellen een hoortoestellendatabase is ontwikkeld. Hierin zijn hoortoestellen opgenomen die voor verstrekking of vergoeding in aanmerking kunnen komen. De desbetreffende hoortoestellen zijn ingedeeld in vijf categorieën. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Hierin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit vastgelegd in artikel B.17.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2021'. Hoortoestellen die niet zijn ingedeeld in één van deze categorieën worden in de praktijk ook wel 'buitencategorie' hoortoestellen genoemd. Voor het antwoord op de vraag in welke categorie de slechthorende moet worden ingedeeld, wordt gebruik gemaakt van het ZN Keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol is onder meer bepaald dat aan de hand van de zorgvraag en de complexiteit van het hoorprobleem de slechthorende wordt ondergebracht in één van de vijf categorieën. Lukt dit niet of kan de verzekerde niet uitkomen met een hoortoestel uit de database in de geïndiceerde categorie, dan kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag en kan aanspraak bestaan op een buitencategorie hoortoestel. In dat geval volgt verwijzing naar een audiologisch centrum en moet objectief en gemotiveerd worden aangetoond dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing. Om dit vast te stellen moeten ten minste twee hoortoestellen van de geïndiceerde categorie worden geprobeerd.
- 6.5. Het hoortoestel van het type Phonak Audéo P90-R is niet opgenomen in de hoortoestellendatabase. Dit betekent dat pas aanspraak bestaat op een dergelijk toestel als vaststaat dat de verzekerde niet kan uitkomen met een hoortoestel dat wél in de database is opgenomen. Om die reden is de voorwaarde gesteld dat een verzekerde ten minste twee toestellen uit de database moet proberen. Het staat vast dat bij verzoeker het Keuzeprotocol Hoorzorg niet is gevolgd. Verzoeker heeft geen toestellen geprobeerd uit de database. Als redenen hiervoor heeft de audicien aangegeven dat hij de kans op succes met een categorie 5 toestel gering inschatte. Daarnaast was haast geboden en wilde verzoeker geen concessies doen aan zijn gehoor. Dit vormt echter geen redenen om het Keuzeprotocol Hoorzorg niet te volgen. De vorige hoortoestellen van verzoeker waren reeds 6 jaar oud. Er zijn in de tussentijdse jaren nieuwe toestellen aan de database toegevoegd. Deze zijn in het geheel niet geprobeerd. Door verzoeker is dan ook niet aannemelijk gemaakt dat hij niet kan uitkomen met een hoortoestel uit de database. Dit wordt bevestigd in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 21 februari 2022.
- 6.6. Als reden voor de keuze voor de hoortoestellen van het type Phonak Audéo heeft verzoeker gegeven dat hij graag een kwalitatief goed hoortoestel wil hebben. Dit omdat hij veel (online) vergadert en hij hierin, als gezegd, geen concessies wil doen. Met betrekking hiertoe geldt dat pas aanspraak op een hoortoestel uit de buitencategorie bestaat als op zorginhoudelijke

gronden niet kan worden volstaan met een hoortoestel uit één van de vijf categorieën van het ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Hiervan is niet gebleken. Een objectieve onderbouwing van de medische noodzaak, zoals had kunnen blijken na verwijzing naar een audiologisch centrum, ontbreekt zodat de keuze voor een toestel uit de buitencategorie dan ook vooral gebaseerd lijkt te zijn op eigen afwegingen van verzoeker. Hierin voorziet het protocol niet.

- 6.7. De verwijzing van verzoeker naar het door hem genoemde eerdere bindend advies van de commissie gaat niet op. Bij de beoordeling of aanspraak bestaat op een hoortoestel uit de buitencategorie geldt dat moet vaststaan dat niet kan worden volstaan met een hoortoestel uit de database. De enkele omstandigheid dat verzoeker niet uit kan met solo-apparatuur, is, daargelaten of dit juist is, onvoldoende om tot die conclusie te komen.
- 6.8. Verzoeker heeft tot slot gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem beperkt in zijn zorgkeuze. Hij voelt zich misleid omdat hij een restitutiepolis heeft afgesloten. De commissie merkt hierover op dat ongeacht de aard van de gekozen verzekering, moet worden vastgesteld of sprake is van verzekerde zorg en of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. In de situatie van verzoeker is aan die laatste voorwaarde niet voldaan, zoals hiervoor is geconcludeerd. De keuze voor een restitutiepolis betekent dat recht bestaat op 'vrije artskeuze' en op vergoeding van de kosten van verzekerde zorg, maar houdt niet in dat niet onder de dekking van de zorgverzekering vallende kosten moeten worden vergoed. Van misleiding, zoals door verzoeker gesteld, is niet gebleken. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op de door hem aangeschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor het gevraagde zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 april 2022

L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

## REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1° verstrekking nodig van!:	Akkoord-verklaring nodig van ons <small>(zie noot 1):</small>	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
<b>B.17.8.: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (Artikel 2.10 Regeling)</b>						
<b>Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes</b>	Een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen), of ernstige oorsuizen	Gecontracteerde zorgverlener  Hebt u de zorgverzekering Just Basic? Kijk dan ook in de kolom Let op!	Bij buiten-categorie hoortoestellen	Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel dragenden: gecontracteerde triage audicien  Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoestel dragenden: kno-arts of audiologisch centrum  Tot 18 jaar: Audiologisch Centrum  Vanaf 67 jaar: gecontracteerde triage audicien	Eigendom	<p>Wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes</p> <p>Het hulpmiddel moet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geleverd worden door gediplomeerd StAr-audicien of Kwaliteitsregistreerd Triage audicien- aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorprotocol</li> <li>- zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database</li> </ul> <p>De zorg omvat niet: Vervanging batterijen of accu's en accessoires</p> <p>Audiogram mag niet ouder zijn dan 9 maanden</p> <p>U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken. Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op.</p> <p>Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellen database is opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moeten er tenminste twee verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd te zijn en</li> <li>-moet er een adequate motivatie vanuit de audicien of audioloog zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden.</li> </ul> <p>Hebt u de zorgverzekering Just Basic? Dan moeten wij de gecontracteerde zorgverlener geselecteerd hebben. Lees hier meer over in artikel 2 van het Reglement</p>



## Voorwaarden

### Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 4 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

### Tarieven

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

## B.16. Dieetpreparaten

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
  - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
  - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
  - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
  - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

## Voorwaarden

### Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring,

nadere voorwaarden.):

- U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
- U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
- U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl).

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. Pas na een dubbelblinde provocatietest kan met zekerheid worden vastgesteld dat sprake is van een kea en kunt u aanspraak maken op vergoeding. De testperiode voorafgaand aan de dubbelblinde provocatietest komt niet voor vergoeding in aanmerking.

#### Behandelaarsvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet.

#### Tarieven

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

## B.17. Hulpmiddelen

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

#### B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend

wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl).

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
  - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
  - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
  - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
  - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
  - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
  - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u hebt en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsjes, rollators en aangepast eetgerei.

- hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoorbeeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
  - Plaswekker;
  - Gezichtshulpmiddelen;
  - Steunzolen;
  - Hulpmiddelen voetzorg;
  - Thuisbewakingsmonitor;
  - ADL-hulpmiddelen;
  - Thuisverzorgingsartikelen;
  - Steunpessarium;
  - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
  - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
  - Condooms;
  - Braces en bandages;
  - Epilepsie alarmering;
  - Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in artikel D.4.

Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding.

Wij hebben dit in het Reglement Hulpmiddelen bij de betreffende hulpmiddelen aangegeven. Ook kunt u informatie vinden in artikel D.4.

### Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

### B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

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

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze website of bij ons opvragen.

### B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

#### Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

### B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garantievoorzwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daaronder begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

## Voorwaarden

### Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.
- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet

zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

### Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

### Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling hebt u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

### Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze website. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

### Tarieven

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

### B.17.5. Vervallen.

## B.18. Vervoer

### B.18.1. Ambulance

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

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

---

## 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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

### 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.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- a. Uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, als omschreven in artikel 2.8;
- b. Uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel als omschreven in artikel 2.9;
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- d. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie als omschreven in artikel 2.11;
- e. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, als omschreven in artikel 2.12;
- f. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie als omschreven in artikel 2.13;
- g. hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- h. [vervallen;]
- i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als omschreven in artikel 2.16;
- j. hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, als omschreven in artikel 2.17;
- k. hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid als omschreven in artikel 2.18;
- l. injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19;
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- n. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen als omschreven in artikel 2.22;
- q. [vervallen;]
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als omschreven in artikel 2.24;
- s. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als omschreven in artikel 2.26;
- u. [vervallen;]
- v. [vervallen;]
- w. [vervallen;]
- x. [vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [vervallen;]
- aa. [vervallen;]
- bb. [vervallen;]
- cc. [vervallen;]
- dd. [vervallen;]
- ee. [vervallen;]
- ff. [vervallen;]
- gg. [vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in artikel 2.29.

## **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.

---

## 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.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### 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.