



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, tegen IZA
Zorgverzekeraar NV te Arnhem

Zaak : Hulpmiddelenzorg, brillenglazen, jonger dan achttien jaar

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 sub f en 2.13
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202001572

Zittingsdatum : 14 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 18 november 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 23 december 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Op 20 januari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020055879) aan de commissie een advies uitgebracht. In dit advies concludeert het Zorginstituut dat de refractieafwijking van verzekerde voldoet aan de refractieafwijking die is genoemd in artikel 2.13, derde lid, onderdeel b, Rzv. Het Zorginstituut adviseert de commissie nader onderzoek te (laten) doen. Onderzocht dient te worden of bij verzekerde sprake is van pathologische myopie, of dat de hoge myopie min of meer stabiel is.

2.4. Een kopie van het advies van het Zorginstituut is op 22 januari 2021 aan partijen gestuurd. De commissie heeft verzoeker in de begeleidende brief gevraagd het onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. Verzoeker heeft de commissie op 8 februari 2021 per brief nadere informatie doen toekomen. Een kopie van deze reactie is op 9 februari 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hij is hierbij in de gelegenheid gesteld op de betreffende informatie te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.

2.5. De reactie van verzoeker van 8 februari 2021 is op 18 februari 2021 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Op 5 maart 2021 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 maart 2021 aan partijen gestuurd.

2.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 april 2021 aan de commissie meegedeeld dat hij alsnog overgaat tot vergoeding van de kosten van de ten behoeve van verzekerde aangeschafte brillenglazen. Gezien het voorgaande heeft de commissie verzoeker gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoeker heeft op 17 april 2021 verklaard dat het geschil is opgelost, maar dat hij een en ander wil laten vastleggen in een bindend advies. De ziektekostenverzekeraar is hierover op 19 april 2021 per brief geïnformeerd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering IZA Ruime Keuze (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 1 en IZA Extra Tand 2 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoeker heeft op 2 oktober 2019 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor verstrekking van brillenglazen ten behoeve van verzekerde. Op 4 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per brief meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.3. Verzekerde is in november 2019 gediagnosticeerd met achromatopsie. Gelet op deze diagnose en het feit dat hij echt een bril nodig had, heeft verzoeker op 28 april 2020 de ziektekostenverzekeraar opnieuw gevraagd om verstrekking van billenglazen ten behoeve van verzekerde. Op 29 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat ook deze aanvraag is afgewezen.

3.4. De behandelend orthoptist heeft op 8 mei 2020 het volgende over verzekerde verklaard:

"De door u eerder afgewezen aanvraag voor vergoeding is mijns inziens onterecht. Bovengenoemde patiënt is bij ons bekend sinds maart 2017 met Achromatopsie, een nystagmus en sterk verlaagde kegelresponsies. Hij komt in aanmerking voor vergoeding van zijn brillenglazen vanuit de basisverzekering vanwege de volgende reden zoals opgenomen in de Regeling Zorgverzekering (Artikel 2.13 Lid 4a).

4a. Er sprake is van indicatie voor lenzen als bedoeld in het derde lid, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft.

Vanwege de nystagmus en het remmende effect dat harde contactlenzen hierop hebben is er een indicatie voor lenzen. Gezien zijn jonge leeftijd heeft dit niet de voorkeur. Tevens valt de refractieafwijking van [naam verzekerde] onder de in Lid 3c genoemde pathologische myopie met een sferisch equivalent van SE-6.00 beiderzijds.

3c. Bij verzekerden jonger dan achttien jaar sprake te zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën."

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 11 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 20 januari 2021 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat de refractieafwijking van verzekerde voldoet aan de hieraan gestelde eis. Tevens is de commissie geadviseerd nader onderzoek te (laten) doen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

*"Afgaand op het bij het dossier gevoegde brilrecept geldt voor verzekerde rechts een sferisch equivalent S E -6,00 (namelijk S -7 + (0,5 x C +2)), en voor het linkeroog S -7,00 + (0,5 x +2,25) = -7 + 1,125 = S E -5,875, wat dusdanig dicht bij -6 zit dat dit afgerond kan worden naar -6.
(...)*

Geconcludeerd kan worden dat de refractieafwijking van verzekerde voldoet aan de refractieafwijking die genoemd is in artikel 2.13 lid 3 onderdeel b Rzv.

Of er sprake is van pathologischemyopie (wat gezien de jonge leeftijd en hoogte van de myopie wel aannemelijk is) is op basis van het dossier zelf niet te beoordelen. Bij pathologische myopie, ook wel progressieve myopie genoemd, treedt een excessieve groei van de oogaslengte op. Bij deze hoge vorm van myopie is de refractieafwijking groter dan S -6 en bereikt de oogas uiteindelijk een lengte van meer dan 26 mm. De myopie (bijziendheid) kan zich zo snel ontwikkelen dat het nodig kan zijn om frequent nieuwe brillenglazen aan te schaffen. Om die reden is deze aandoening dan ook expliciet opgenomen in de Rzv.

Of hiervan in geval van verzekerde sprake is, of dat de hoge myopie min of meer stabiel is, is op grond van de voorliggende informatie niet te beoordelen. Informatie over eerder gemeten refractieafwijkingen c.q. brilrecepten (en/of bijvoorbeeld over de ontwikkeling van de oogaslengte ontbreekt immers bij de voorliggende stukken. Dit zou, bijvoorbeeld door het opvragen van nadere informatie bij de oogarts of orthoptist, nader onderzocht moeten worden."

- 3.7. Op 5 maart 2021 heeft het Zorginstituut, wederom voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Uit deze informatie is op te maken dat de myopie bij verzekerde al op tweejarige leeftijd aanwezig was (verzekerde is geboren in november 2015). Hoewel de (in cycloplegie gemeten) refractieafwijkingen tussen 2018 en 2020 vrij stabiel zijn, ligt het, gezien de jonge leeftijd, in de verwachting dat de myopie met de groei zal toenemen. Er kan gesproken worden van pathologische myopie.

Zoals in het voorlopig advies aangegeven geldt volgens het meest recente brilrecept voor het rechteroog een sferisch equivalent SE -6,00, namelijk $S -7 + (0,5 \times C + 2)$, en voor het linkeroog $S -7,00 + (0,5 \times + 2,25) = -7 + 1,125 = S E - 5,875$ (waarbij de SE waarden uiteraard dezelfde zijn als de SE als uitgegaan wordt van de gemeten refractie afwijkingen: S -5,00, C -2,00 rechts, respectievelijk S -4,75, C -2,25 links). De waarde voor het linkeroog zit dusdanig dicht bij -6 zit dat dit afgerond kan worden naar -6.

Conclusie

In geval van verzekerde is sprake van pathologische myopie met een refractieafwijking van -6."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is brillenglazen aan verzekerde te verstrekken.

- 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 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De commissie stelt vast dat partijen overeenstemming hebben bereikt. Aanvankelijk hadden verzoeker en de ziektekostenverzekeraar een geschil over de vergoeding van de kosten van de ten behoeve van verzekerde aangeschafte brillenglazen. In vervolg op het uitgebrachte voorlopig advies van het Zorginstituut van 5 maart 2021, heeft de ziektekostenverzekeraar op 13 april 2021 verklaard de betreffende nota's, onder aftrek van de verschuldigde eigen bijdrage te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Op 17 april 2020 heeft verzoeker verklaard dat hiermee het geschil is opgelost en dat een inhoudelijke beoordeling door de commissie achterwege kan blijven. Onder de gegeven omstandigheden ziet de commissie aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld aan verzoeker te restitueren.

- 6.2. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie stelt hetgeen is omschreven onder 6.1 vast.

Zeist, 26 april 2021,



H.A.J. Kroon



Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/buikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Anderere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang						
losse toiletverhogers, douche- en toiletstoelen	bruikleen		Nee, u heeft geen verwijzing nodig.	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf.	Bijzonderheden U heeft recht op deze hulpmiddelen voor zover het zorg betreft van beperkte of onzekere duur (richttermijn: 26 weken).
Hulpmiddelen ter compensatie van beperking bij het gebruik van communicatieapparatuur						
in- en uitvoerapparatuur	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks- termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Bijzonderheden U heeft recht op deze hulpmiddelen inclusief de daartoe benodigde programmatuur, noodzakelijke upgrades daarvan, alsmede accessoires voor een computer, aangepast aan een lichamelijke handicap.
telefoons en telefoonerhulpmiddelen voor mensen met een motorische beperking	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks- termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	Bijzonderheden U heeft recht op: - hulpmiddelen voor het kiezen van telefoonnummers; - telefoonhoornhouders; - met omgevingsbesturingsapparatuur te bedienen telefoons.
Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie (artikel 2.13 Regeling zorgverzekering)						
Hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren, zoals:						
contactlenzen zoals, corneale lenzen, occlusielenzen, irisprinclenzen, bandage- lenzen met een visuscorrigerende werking en brillenglazen voor verzekerden tot 18 jaar	eigendom	optometrist	behandelend oogarts of orthoptist	Nee, u heeft geen voorafgaande toestemming nodig.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	Bijzonderheden U heeft recht op lenzen als u voldoet aan de criteria in de Regeling zorgverzekering. Er moet sprake zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit in de visus leiden dan brillenglazen. U bent een eigen bijdrage verschuldigd. Jonger dan 18 jaar: U heeft recht op lenzen: - als er een aantoonbare meerwaarde is ten opzichte van een bril; - als er sprake is van pathologische myopie met een refractiefwijking van ten minste 6 dioptrieën; U heeft recht op brillenglazen of filterglazen als u: - een indicatie heeft voor lenzen, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft; - aan één of beide ogen bent geopereerd vanwege een lensafwijking, of; - lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie. U bent een eigen bijdrage verschuldigd. Eigen bijdrage U bent een eigen bijdrage verschuldigd van: - € 58,50 per lens als u de lenzen langer dan 1 jaar gebruikt; - € 117 per kalenderjaar als u de lenzen korter dan een jaar gebruikt. Als slechts één oog moet worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 58,50 per kalenderjaar; - € 58,50 per brillenglas met een maximum van € 117 per kalenderjaar.

Omschrijving hulpmiddel	Eigendom/ bruikleen	Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen	Verwijzing door	Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder	Toestemming niet-gecontracteerde zorgaanbieder	Anderere belangrijke voorwaarden en bijzonderheden
bijzondere optische hulpmiddelen, prosisbrillen en kappenbrillen	bruikleen	optometrist	oogarts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	
kijkersystemen en op de bril bevestigde telescopen voor veraf of dichtbij	bruikleen	optometrist	oogarts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf en vervanging.	
Hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur, zoals:						
tafel- en statiefloepen	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
in- en uitvoerapparatuur (braillehulpmiddelen)	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
computerprogrammatuur	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
memorecorders	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
daisyspeler voor visueel gehandicapten	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
voorleesapparatuur	bruikleen		behandelend arts	Ja, de gecontracteerde zorgaanbieder vraagt voor u toestemming bij ons aan.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
voorleesapparatuur voor tv-ondertiteling	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
beeldschermloepen	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	
spraaksoftware voor mobiele telefoons	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf of vervanging.	
tactiel-leesapparatuur met toebehoren	bruikleen		behandelend arts	Ja, u heeft voorafgaande toestemming nodig bij vervanging binnen de gebruiks-termijn.	Ja, u moet zelf bij ons toestemming vragen voor aanschaf, vervanging en reparatie.	

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts voorgeschreven recept of de door diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten) bij de gecontracteerde zorgaanbieder inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Of wilt u het recept of de verklaring niet bij uw zorgaanbieder inleveren? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op 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. Andere hulpmiddelen ontvangt u 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 overeenkomst 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 overeenkomst 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.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% 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 37. Verblijf

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 14.1), medisch specialistische zorg (artikelen 15 tot en met 22), gespecialiseerde GGZ (artikel 25) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 31 en artikel 32) 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. 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 13, Verpleging en verzorging.

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.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

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 zeven 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 2.13

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel f, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen;
 - 1°. in het lezen, schrijven of gebruik van telecommunicatieapparatuur;
 - 2°. bij het om obstakels heenlopen of bij de oriëntatie.
2. De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet:
 - a. brillenglazen of filterglazen;
 - b. brilmonturen voor brillenglazen of filterglazen;
 - c. eenvoudige hulpmiddelen voor lezen en schrijven.
3. In het geval van lenzen dient:
 - a. de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen, of
 - b. bij verzekerden jonger dan achttien jaar sprake te zijn van pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste -6 dioptrieën.
4. In afwijking van het tweede lid, onderdeel a, omvat de zorg brillenglazen en filterglazen voor verzekerden tot achttien jaar, indien:
 - a. er sprake is van indicatie voor lenzen als bedoeld in het derde lid, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft,
 - b. de verzekerde aan een of beide ogen geopereerd is vanwege een lensafwijking, of
 - c. de verzekerde lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie.
5. Voor blindengeleidehonden 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.