

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V te Zeist  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, diabeteshulpmiddelen, hoogte vergoeding, marktconform tarief  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2. en 2.9 Bzv, 2.6, onder o, Rzv  
Zaaknummer : 202102089  
Zittingsdatum : 23 maart 2022

## 1. Partijen

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

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 3 november 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 25 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 27 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 januari 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar, vergezeld door zijn raadsman, 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.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Restitutiepolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorg in het buitenland, Europa (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 15 april 2021 door een niet-gecontracteerde apotheek de volgende diabeteshulpmiddelen afgeleverd gekregen:
  - 100 stuks microfine ultra pennaald 4 mm, en
  - 200 stuks microfine ultra pennaald 5 mm.Verzoekster heeft voor de 100 stuks 4 mm naalden € 27,13 en voor de 200 stuks 5 mm naalden € 54,20 aan de apotheek betaald. Na betaling van de nota heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht de desbetreffende kosten te vergoeden. Op 30 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de 4 mm naalden worden vergoed tot € 13,08 en van de 5 mm naalden tot een bedrag van € 26,16.

- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 15 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Verzoekster heeft op 3 augustus 2021 de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging van de onder 3.2 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar haar meegedeeld dat de kosten van de 4 mm naalden worden vergoed tot € 20,33 en van de 5 mm naalden tot een bedrag van € 41,42. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende nabetalingen aan verzoekster gedaan.

#### 4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de 100 stuks 4 mm en de 200 stuks 5 mm naalden, volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 20,33 respectievelijk € 41,42, te vergoeden.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 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. Ook zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster stelt dat zij afhankelijk is van diabeteshulpmiddelen, waaronder naalden voor de injectiepen. Deze naalden schaft zij aan bij een apotheek die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Nadat zij in april 2021 de kosten van de naalden had gedeclareerd, kreeg verzoekster te horen dat deze niet volledig zouden worden vergoed. Na veel correspondentie over en weer heeft de ziektekostenverzekeraar zowel voor de 4 mm als voor de 5 mm naalden een hogere vergoeding toegekend. Desondanks wordt een deel van de kosten nog steeds niet vergoed. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten volledig, althans tot een hoger bedrag dan aan haar toegekend, moet vergoeden. Dit omdat de ziektekostenverzekeraar zich bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding alleen baseert op de Apotheker Inkoopprijs (hierna: AIP) uit 2017. Dit is niet transparant en bovendien leidt verzoekster uit informatie op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) af dat de AIP elk jaar wordt aangepast. Indien de AIP als maatstaf heeft te gelden, zou die van 2021 als uitgangspunt moeten worden genomen.
- 6.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat de naalden van 4 en 5 mm slechts een voorbeeld zijn. Het probleem met de lagere vergoedingen speelt bij meer hulpmiddelen dan alleen de naalden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de declaratie van 15 april 2021 ter zake van de naalden besloten een hogere vergoeding toe te kennen. Dit omdat per abuis was uitgegaan van alleen de gecontracteerde tarieven. Verzoekster merkt op dat ook daarna is gebleken dat bij declaratie van de naalden via de reguliere weg, de kosten van de 4 mm naalden, zoals eerder, worden vergoed tot € 13,08 en die van de 5 mm naalden tot een bedrag van € 26,16. Als zij de declaratie daarentegen rechtstreeks indient bij een bepaalde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar, krijgt zij wél de hogere vergoeding.

Volgens verzoekster is de ziektekostenverzekeraar niet transparant in zijn uitleg welke bedragen worden vergoed. Dit geldt zowel voor het lagere, als voor het hogere tarief.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster bij hem is verzekerd op basis van een restitutiepolis. Op grond van een dergelijke polis heeft een verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg voor zover deze naar de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Op 28 juli 2020 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) een uitspraak gedaan over het marktconforme tarief (ECLI:NL:CBB:2021:489). In vervolg op deze uitspraak heeft de ziektekostenverzekeraar in overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit zijn beleid gewijzigd. Vanaf dat moment hanteert de ziektekostenverzekeraar een zogenoemde 'tweestapstoets'. Op basis hiervan is een indicatief bedrag vastgesteld. Alle declaraties tot en met dat bedrag worden, mits aan de voorwaarden is voldaan, onverkort vergoed. Ten aanzien van de declaraties die boven dit indicatieve tarief uitkomen wordt aan de hand van een individuele beoordeling vastgesteld of zij excessief zijn. Zo niet, dan worden zij alsnog uitbetaald. In het andere geval wordt het deel dat boven het indicatieve bedrag ligt niet uitgekeerd. Op 12 oktober 2021 heeft het Hof Arnhem-Leeuwarden een arrest gewezen (ECLI:NL:GHARL:2021:9573). De ziektekostenverzekeraar concludeert dat het door hem gevoerde beleid hiermee geheel in lijn is.
- 6.5. Verzoekster heeft een tweetal declaraties ingediend van een apotheek die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, waarvan de declaratie van 15 april 2021 betrekking heeft op de door verzoekster aangeschafte injectiepen-naalden. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de 4 mm en 5 mm naalden worden vergoed tot een bedrag van € 13,08 respectievelijk € 26,16. Later is gebleken dat deze vergoeding enkel was gebaseerd op het gecontracteerde tarief van de ziektekostenverzekeraar. Om die reden is besloten bedragen van € 20,33 respectievelijk € 41,42 te vergoeden. Deze bedragen zijn gebaseerd op 100% van de Apotheker Inkoopprijs (AIP) van de taxe (Z-index). De ziektekostenverzekeraar licht hierbij toe dat hij voor de berekening van het marktconform tarief de AIP van 1 mei 2017 hanteert. Als een artikel op 1 mei 2017 nog niet in de Z-index staat, wordt uitgegaan van het tarief op de eerste datum dat het in de Z-index is opgenomen (de oudste AIP). Om voornoemde reden is voor de 4 mm naalden het tarief uit mei 2017 en voor de 5 mm naalden het tarief uit oktober 2020 gehanteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten niet volledig te vergoeden. Dit omdat de kosten van de naalden die verzoekster heeft aangeschaft veel hoger liggen dan wat hiervoor normaal wordt gerekend. In de optiek van de ziektekostenverzekeraar is het een indicatie dat een declaratie excessief zou kunnen zijn, indien deze uitstijgt boven het niveau van de AIP 2017 respectievelijk de AIP 2020. Dat is specifiek voor de naalden die verzoekster heeft afgenomen ook volstrekt logisch, nu meer dan 90% van alle declaraties (van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders) uit 2021 (ver) onder de AIP 2017 respectievelijk de AIP 2020 liggen.
- 6.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aan de hand van de tabellen, zoals weergegeven in het nader commentaar van 27 januari 2022 (nr. 31), uiteengezet op welke wijze hij de vergoeding van de naalden berekent. Hij heeft hierbij toegelicht dat, kort gezegd, wordt uitgegaan van alle tarieven die bij hem zijn gedeclareerd. Hierbij worden de tarieven meegenomen die door gecontracteerde en niet-gecontracteerde apotheken zijn gedeclareerd. Hieruit blijkt dat er weinig variatie is en dat verreweg het grootste deel van de apotheken onder de AIP 2017 (voor de 4 mm naalden) respectievelijk de AIP 2020 (voor de 5 mm naalden) declareert. Slechts 2% declareert tarieven die boven de genoemde AIP liggen. Gelet op de constatering dat het overgrote deel op of onder de AIP declareert, meent de ziektekostenverzekeraar dat wordt uitgegaan van een redelijke bandbreedte.

### Overwegingen commissie

- 6.7. Verzoekster heeft ter zitting verklaard dat niet alle kosten van hulpmiddelen door de ziektekostenverzekeraar volledig zijn vergoed omdat de gehanteerde tarieven niet marktconform zijn. De declaratie van 15 april 2021 vormt hiervan volgens haar slechts een voorbeeld. De commissie stelt vast dat door verzoekster geen andere declaraties dan die betreffende de aanschaf van de diabeteshulpmiddelen zijn overgelegd. Ook is niet gebleken van een heroverweging ten aanzien van andere, door verzoekster ingediende declaraties, hetgeen gelet op artikel 114 Zvw en het toepasselijke reglement een voorwaarde is, wil de commissie een zaak in behandeling kunnen nemen. Om deze redenen blijft de beoordeling beperkt tot eerdergenoemde nota van 15 april 2021. Uit deze nota blijkt dat het gaat om een doos van 100 stuks pennaalden met een dikte van 4 mm en een doos van 200 stuks pennaalden met een dikte van 5 mm. Partijen zijn er niet over verdeeld dat deze pennaalden een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft. Alleen de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding van, na correctie, € 20,33 (voor de 4 mm naalden) en € 41,42 (voor de 5 mm naalden), vormt onderwerp van geschil.
- 6.8. Verzoekster vordert volledige vergoeding van de kosten, althans een hogere vergoeding dan het uiteindelijk door de ziektekostenverzekeraar toegezegde bedrag van € 20,33 (voor de 4 mm naalden) respectievelijk € 41,42 (voor de 5 mm naalden). De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat genoemde bedragen zijn gebaseerd op 100% van de AIP van de taxen (Z-index) voor 2017 respectievelijk 2020 en om die reden zijn te beschouwen als het 'marktconforme tarief'. Van de door de ziektekostenverzekeraar ontvangen declaraties voor deze naalden ligt, volgens de ziektekostenverzekeraar en zoals valt af te leiden uit de in de brief van 27 januari 2022 opgenomen grafieken, de overgrote meerderheid (ver) onder de AIP 2017 onderscheidenlijk de AIP 2020. De commissie overweegt hieromtrent als volgt.
- 6.9. Op grond van artikel A.4.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en andere diensten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in de toelichting op artikel 28 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) bepaald dat de term 'marktconform tarief' niet meer mag worden gebruikt als synoniem voor het 'gemiddeld gecontracteerde tarief' of andere varianten hiervan die vaak door verzekeraars worden gehanteerd als uitgangspunt om bij natura- en combinatiepolissen de vergoedingsbeperking te berekenen voor niet-gecontracteerde zorg. Hiermee staat vast wat het 'marktconform tarief' niet is, maar blijft de vraag onbeantwoord wanneer kan worden gesproken van een excessief tarief als bedoeld in de toelichting op de onderliggende wet- en regelgeving. De commissie merkt in dit verband op dat het aan de betrokken verzekeraar is te stellen en te onderbouwen dat sprake is van een tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend is te achten (artikel 2.2., tweede lid, sub b, Bzv).
- 6.10. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij, voor de beantwoording van de vraag of de bij hem gedeclareerde bedragen naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, heeft gekeken naar de bij hem door zowel gecontracteerde als niet gecontracteerde zorgaanbieders ingediende declaraties. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar een indicatief tarief vastgesteld. Een declaratie is volgens de ziektekostenverzekeraar excessief als het tarief uitstijgt boven dit indicatieve tarief. Ter zake van de 4 en 5 mm naalden is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij het indicatieve tarief heeft vastgesteld op de AIP 2017 respectievelijk de AIP 2020. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, oordeelt de commissie dat het in beginsel uitsluiten van vergoeding indien de declaratie hoger is dan een bepaald - vast - bedrag, niet geoorloofd is en niet in overeenstemming met hetgeen door het gerechtshof Hof Arnhem-Leeuwarden is overwogen (ECLI:NL:GHARL:2021:9573). Volgens de door het Hof Arnhem-Leeuwarden (in r.o. 5.11) beschreven tweestappentoets, dient als eerste stap te worden vastgesteld welke tarieven de

overige zorgaanbieders voor eenzelfde behandeling (zorgvorm) in rekening brengen. Die tarieven vormen, indien zij onderling geen onredelijke verschillen vertonen, een bandbreedte van tarieven die in de Nederlandse markt voor een specifieke behandeling (zorgvorm) als marktconform kunnen worden beschouwd.

Als tweede stap moet - indien een nota afwijkt van de in de eerste stap bepaalde bandbreedte - worden beoordeeld of de hoogte van de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van de bandbreedte door middel van een individuele beoordeling. Het individuele karakter van deze toets brengt mee dat de ziektekostenverzekeraar niet een beleid kan hanteren waarbij hij boven een bepaald bedrag iedere vergoeding uitsluit, omdat dat neerkomt op het zelf bepalen van het maximum. Het Hof overweegt dat zorgverzekeraars wel aan de hand van een algemeen beleid (met indicatieve tarieven) een eerste selectie mogen maken van volgens hen niet marktconforme tarieven, mits zij daarna op individuele basis aangeven waarom het individueel gedeclareerde tarief ten opzichte van de marktconforme bandbreedte excessief is.

- 6.11. De ziektekostenverzekeraar heeft als uitgangspunt gehanteerd het vaste tarief van de AIP 2017 voor de 4 mm naalden en de AIP 2020 voor de 5 mm. Daarmee heeft hij naar het oordeel van de commissie geen bandbreedte bepaald in de hiervoor bedoelde zin. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, anders dan eerder aan verzoekster is kenbaar gemaakt, inmiddels niet meer uitgaat van een - vast - maximumbedrag, maar van een bandbreedte. Deze heeft hij aldus bepaald dat 98% van alle door hem ontvangen nota's hier binnen valt. De bovenkant van de bandbreedte valt toevalligerwijs samen met eerdergenoemde AIP 2017 respectievelijk AIP 2020. De nota's van verzoekster zijn hierna individueel beoordeeld en blijken fors hoger te zijn. Om die reden zijn zij voor het meerdere afgewezen. De commissie kan zich niet aan de indruk onttrekken dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste berekeningswijze is gekozen om de AIP 2017 en de AIP 2020 als bovenkant van de door de hem bepaalde bandbreedte te kunnen blijven hanteren. Bovendien volgt ook uit de door de ziektekostenverzekeraar gegeven toelichting niet dat een bandbreedte is vastgesteld in lijn met de door het Hof bepaalde, hiervoor in 6.10 beschreven methodiek. Dat de uitkomst is dat slechts ongeveer 2% van de ontvangen nota's hoger blijkt te zijn maakt dit, nog afgezien van het feit dat dit niet valt af te leiden uit de grafieken, niet anders. Zelfs als, niettegenstaande het voorgaande, de AIP 2017 respectievelijk de AIP 2020 als bovenkant van de bandbreedte zou kunnen worden beschouwd, dan nog heeft de ziektekostenverzekeraar niet op individuele basis aannemelijk gemaakt dat het gedeclareerde tarief ten opzichte daarvan als excessief is te beschouwen. Ook dat volgt immers, zonder nadere onderbouwing of toelichting, die ontbreekt, niet zonder meer uit het feit dat slechts 2% van de ontvangen nota's hoger zijn.
- 6.12. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het aanvankelijk gehanteerde uitgangspunt en de later gegeven onderbouwing hiervan niet toereikend zijn. Omdat de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk heeft gemaakt dat de gedeclareerde bedragen van € 27,13 (voor de 4 mm naalden) en € 54,20 (voor de 5 mm naalden) in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid niet passend zijn te achten, dient hij genoemde bedragen volledig aan verzoekster te vergoeden.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) de door verzoekster ingediende nota van 15 april 2021, ter zake van 100 stuks 4 mm en 200 stuks 5 mm naalden, alsnog volledig moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering, en
- (ii) aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 25 april 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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



Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

**Let op!**

Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis FBTO afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op [zorgzoeker.fbto.nl](https://zorgzoeker.fbto.nl) of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

**4.3.3 Restitutiepolis (FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis)**

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de indicatieve hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij ons opvragen.

**4.4 Soms moet u iets terugbetalen**

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

**4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft**

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

## **A.5 Wat zijn uw verplichtingen?**

**5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet na komt**

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

---

## 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, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- 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.

---

## 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 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
  - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
  - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

### 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.



---

# 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.