



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, continue glucose monitoring (CGM), FreeStyle Libre, teststrips, indicatie, doelmatigheid, privacy

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 87 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onder o, Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000116

Zittingsdatum : 30 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 13 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 15 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Kopieën van deze brieven zijn op 15 april 2020 aan verzoeker gezonden. Verzoeker reageerde hierop per brief op 18 april 2020. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 september 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ComfortPakket en Tandarts Collectief (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzekerde heeft diabetes mellitus type 1 en maakt gebruik van het Freestyle Libre Flash glucosemonitoringssysteem (hierna: FGM) en de hierbij horende materialen zoals sensoren en de FreeStyle Precision bloedglucose- en bloedketonenteststrips (hierna: teststrips).
- 3.3. Op 10 juli 2019 heeft de apotheek een doosje met 50 teststrips aan verzekerde verstrekt. De kosten hiervan zijn door verzoeker voldaan. Verzoeker heeft de kosten op 27 juli 2019 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij de gedeclareerde kosten niet vergoedt.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 27 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar verantwoordelijk is voor de afhandeling van geschillen over de aanspraak op diabeteshulpmiddelen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de aanspraak op teststrips niet mag beperken tot 200 per jaar;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de privacy van verzekerde heeft geschonden door rechtstreeks contact op te nemen met de apotheek die de diabeteshulpmiddelen aflevert.

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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

6.2. Het staat vast dat verzekerde aanspraak heeft op een FGM en de bijbehorende teststrips. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn het echter niet eens over de hoeveelheid teststrips waarop verzekerde aanspraak heeft. Hierover hebben partijen het volgende aangevoerd.

6.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij ten behoeve van verzekerde teststrips afneemt bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier. Van deze leverancier heeft hij vernomen dat slechts aanspraak bestaat op 200 teststrips per jaar. Volgens verzoeker wordt daarmee de aanspraak ten onrechte beperkt. Verzekerde heeft namelijk recht op het aantal teststrips waarop hij redelijkerwijs is aangewezen. Hoewel verzekerde doorgaans kan uitkomen met 200 teststrips per jaar kunnen zich situaties voordoen waarbij dit niet lukt. Dit kan het gevolg zijn van het ziektebeeld op dat moment of bijvoorbeeld wanneer veel 's nachts moet worden getest. Dan worden er meer teststrips verbruikt of gaan er een aantal verloren. Verder is onduidelijk waarop de ziektekostenverzekeraar het genoemde maximum van 200 teststrips per jaar precies baseert. Volgens verzoeker wordt dit aantal niet genoemd in publicaties van het Zorginstituut of de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR). Volgens verzoeker verschuilen de leverancier en de ziektekostenverzekeraar zich dan ook achter een norm die niet nader is onderbouwd en waarover hij desgevraagd ook geen uitleg krijgt. Daarnaast wijzen deze partijen naar elkaar nu er een geschil is ontstaan. Volgens verzoeker is het echter de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar het geschil te behandelen. Door deze gang van zaken leidt verzoeker schade, omdat een deel van de kosten van de teststrips voor zijn rekening blijft. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zonder zijn toestemming rechtstreeks contact heeft opgenomen met de leverancier om navraag te doen over de situatie van verzekerde. Volgens verzoeker wordt hiermee de privacy van verzekerde geschonden.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij met de door hem gecontracteerde leverancier heeft afgesproken dat ten behoeve van het gebruik van het FGM in beginsel een reader, 26 sensoren per jaar en 200 teststrips per jaar worden verstrekt. De leverancier beoordeelt of een verzekerde hiermee redelijkerwijs kan uitkomen. Als dit niet het geval is, wordt hiervan melding gemaakt bij de ziektekostenverzekeraar en kunnen de eventuele meerkosten onder de dekking van de zorgverzekering vallen. In het geval van verzekerde is niet gebleken dat hij redelijkerwijs niet kan uitkomen met de afgeleverde hulpmiddelen. Verzoeker wenste echter toch meer materialen aan te schaffen. De kosten hiervan blijven voor zijn rekening.
- 6.5. De commissie overweegt dat het Zorginstituut op 30 april 2018 en 10 december 2019 standpunten heeft uitgebracht over het FGM. Hieruit is onder andere op te maken dat het gebruik van het FGM ertoe leidt dat mensen de glucosewaarden in het bloed niet meer te hoeven controleren door middel van vingerprikken, maar dat dit gebeurt door gebruik te maken van sensoren. Uit de handleiding van het FGM die door verzoeker is overgelegd, volgt dat er situaties zijn waarin, los van het gebruik van de sensoren, het wenselijk is de teststrips te gebruiken. Bijvoorbeeld bij ziekte of als reden bestaat te twifelen aan de waarde die de sensor geeft. In die situatie moet verzekerde alsnog bloed prikken in bijvoorbeeld de vinger.
- 6.6. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij - onder verwijzing naar de doelmatigheid - het gebruik van het aantal teststrips tot 50 per kwartaal, of tot 200 per jaar te maximeren en hierover afspraken te maken met een leverancier van diabeteshulpmiddelen. Dit neemt niet weg dat in een individueel geval aanleiding kan bestaan van deze norm af te wijken, met name als blijkt dat iemand redelijkerwijs niet kan uitkomen met het aantal teststrips dat aan hem wordt verstrekt. Het ligt in dat geval op de weg van betrokkene te onderbouwen dat dit aan de orde is. Verzoeker heeft aangevoerd dat verzekerde doorgaans uit kan komen met 50 teststrips per kwartaal, dan wel 200 teststrips per jaar, maar dat zich situaties kunnen voordoen waarin meer teststrips nodig zijn. Dit was in de onderhavige situatie aan de orde, omdat de gezondheid van verzekerde niet stabiel was en meer dan gebruikelijk 's nachts moest worden getest. Door de ziektekostenverzekeraar is onvoldoende onderbouwd hoe hij tot de gestelde maxima is gekomen of op basis waarvan hij tot de conclusie is gekomen dat verzekerde hiermee redelijkerwijs kon uitkomen. Dit leidt tot de conclusie dat verzoeker aannemelijk heeft gemaakt dat verzekerde redelijkerwijs was aangewezen op 250 teststrips en dat hij hierop aanspraak heeft ten laste van de zorgverzekering. Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat reeds meer teststrips ten behoeve van verzekerde zijn geleverd en dat de leverancier heeft besloten de nota hiervoor te crediteren. Dit heeft tot gevolg dat verzoeker hiervan verder geen financieel nadeel heeft ondervonden.
- 6.7. De commissie overweegt verder dat de ziektekostenverzekeraar de beoordeling van de aanspraak op diabeteshulpmiddelen in eerste instantie door de leverancier mag laten uitvoeren. Als hierover echter een geschil ontstaat, is het aan de ziektekostenverzekeraar na te gaan of de leverancier tot een juist oordeel is gekomen. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar dit laatste in de onderhavige situatie heeft gedaan, nadat hierom werd verzocht door verzoeker. Dat de ziektekostenverzekeraar geen reden zag te twifelen aan het oordeel van de leverancier doet aan de hiervoor geschetste verantwoordelijkheidsverdeling niet af.

Privacy

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de klacht(en) van verzoeker rechtstreeks contact gezocht met de leverancier van diabeteshulpmiddelen. Anders dan verzoeker stelt, is hiervoor zijn voorafgaande toestemming niet nodig. Zorgverzekeraars voeren namelijk een aantal (wettelijke) taken uit waarvoor zij informatie over hun verzekerden nodig hebben. Bijvoorbeeld gegevens die nodig zijn om declaraties te kunnen afhandelen. Zorgverzekeraars mogen hiervoor persoonsgegevens verwerken, waaronder medische gegevens. Zorgverzekeraars krijgen deze medische gegevens van zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht bepaalde medische gegevens van hun patiënten aan zorgverzekeraars door te geven. Dit volgt uit artikel 87 Zvw.

In de situatie dat een zorgverzekeraar meer of andere gegevens van een zorgaanbieder vraagt dan op grond van de toepasselijke wetgeving is toegestaan, is wél voorafgaand toestemming nodig van de betrokken verzekerde. Bij het ontbreken van deze toestemming is het aan de zorgaanbieder te weigeren de gevraagde informatie te verstrekken.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de aanspraak op diabeteshulpmiddelen mag maximaliseren onder verwijzing naar de doelmatigheid en dat hiervan in individuele gevallen van kan worden afgeweken;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de beoordeling van de aanspraak op diabeteshulpmiddelen door de leverancier mocht laten uitvoeren en dat hij zijn verantwoordelijkheid heeft genomen bij de afhandeling van de klacht(en) van verzoeker hierover;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de privacy van verzekerde niet heeft geschonden bij de beoordeling van de genoemde klacht(en);
- (iv) verzekerde in 2019 aanspraak had op 250 teststrips op grond van de zorgverzekering;
- (v) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet voldoen.

Zeist, 14 oktober 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring nodig van ons (zie noot 1):	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
B.17.19.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (Artikel 2.6 sub o Regeling)						
Diabetes-materialen: - apparatuur voor zelf bloedafname + bijhorende lancetten; - bloedglucosetest-meter + bijbehorende teststrips; - injectiemateriaal; - een aangepaste uitvoering	U moet insuline-afhankelijk zijn of nagenoeg zijn uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	Bloedglucosemeter van niet gecontracteerde zorgverlener moet voldoen aan de norm: norm ISO 15197:2013
Flash Glucose Monitoring	Voor: - Kinderen (tot 18 jaar) met diabetes type I - Volwassenen met gemiddeld hoge bloedsuikerwaarden die slecht zijn in te stellen (ondanks standaard controle bijvend hoog HbA1c (> 8% of > 64 mmol/mol) - Zwangere vrouwen met diabetes type I en II (geen zwangerschapsdiabetes) - Vrouwen met diabetes types I en II die een zwangerschapswens hebben	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	
Insulinepompen en toebehoren		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Internist	Bruikleen of eigendom (afhankelijk van de benodigde pomp)	De zorg omvat niet: - Vervanging van batterijen of accu's (dit zijn kosten van normaal gebruik) - Pomphouders/beschermhoesjes (verstrekking bij eerste levering, daarna eigen kosten of service product leverancier) - Lederen hoesjes en/of pomptasjes (verstrekking bij eerste levering, daarna eigen kosten of service product leverancier)

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan alle volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

De zorg is als verzekerde zorg genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden.

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.).

lener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

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 internet-site van de overheid: www.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.
- De zorg valt onder 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.

- 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 hoofdstuk 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. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:

- orthopedische schoenen;
- verbandschoenen;
- haarwerken;
- hoortoestellen;
- gezichtshulpmiddelen.

Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk 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 internet-site 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 zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, 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 zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, 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 garantievoorwaarden 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 zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, 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 internetsite. 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.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar de zorgverlener werkzaam is, op uw (woon)adres of op een ander door u opgegeven adres.

B.17.5. Vervallen.

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. [Red: 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. [Red: 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. [Red: vervallen;]
- v. [Red: vervallen;]
- w. [Red: vervallen;]
- x. [Red: vervallen;]
- y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- z. [Red: vervallen;]
- aa. [Red: vervallen;]
- bb. [Red: vervallen;]
- cc. [Red: vervallen;]
- dd. [Red: vervallen;]
- ee. [Red: vervallen;]
- ff. [Red: vervallen;]
- gg. [Red: vervallen;]
- hh. met thuisdialyse samenhangende kosten als omschreven in [artikel 2.29](#).

Zorgverzekeringswet

Artikel 87

1. Een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg of andere diensten, bedoeld in artikel 11, heeft verleend, en die de kosten daarvan krachtens een door hem met de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks bij die zorgverzekeraar in rekening brengt, verstrekt die zorgverzekeraar of een door die zorgverzekeraar aangewezen persoon de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder gegevens over gezondheid als bedoeld in artikel 4, onderdeel 15 van de Algemene verordening gegevensbescherming, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet, dan wel stelt hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.
2. Een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg of andere diensten, bedoeld in artikel 11, heeft verleend en die de kosten daarvan bij de verzekerde in rekening brengt, verstrekt hem de persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid als bedoeld in artikel 4, onderdeel 15 van de Algemene verordening gegevensbescherming, die voor zijn zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet.
3. De zorgaanbieder, bedoeld in het eerste of tweede lid, verstrekt een door Onze Minister aangewezen persoon kosteloos bij ministeriële regeling omschreven, voor de uitvoering van deze wet noodzakelijke persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid als bedoeld in artikel 4, onderdeel 15 van de Algemene verordening gegevensbescherming.
4. Personen werkzaam ten behoeve van een zorgaanbieder als bedoeld in het eerste of tweede lid, verstrekken die zorgaanbieder de persoonsgegevens die hij nodig heeft om te kunnen voldoen aan zijn verplichtingen bedoeld in het eerste, tweede en derde lid.
5. Personen werkzaam bij de zorgverzekeraar, bij een door de zorgverzekeraar aangewezen persoon als bedoeld in het eerste lid, of bij de door Onze Minister aangewezen persoon als bedoeld in het derde lid, voor wie niet reeds uit hoofde van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht geldt, zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens als bedoeld in het eerste, tweede of derde lid, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen mededeling toestaat.
6. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald:
 - a. tot welke gegevens de verplichting, bedoeld in het eerste of tweede lid, zich in ieder geval uitstrekt;
 - b. op welke wijze gegevens, bedoeld in het eerste of tweede lid, worden verwerkt;
 - c. volgens welke technische standaarden gegevensverwerking plaatsvindt;
 - d. aan welke beveiligingseisen gegevensverwerking voldoet;
 - e. in welke gevallen gegevens, bedoeld in het eerste of tweede lid, verder worden verwerkt met het oog op de uitvoering van de zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering, voor zover deze gegevens niet worden gebruikt voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende verzekering en bovendien noodzakelijk zijn voor:
 - 1°. de betaling aan een zorgaanbieder of de vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde;
 - 2°. de vaststelling van eigen bijdragen of nog openstaand verplicht of vrijwillig eigen risico;
 - 3°. het uitoefenen van het verhaalsrecht; of
 - 4°. het verrichten van controle of fraudeonderzoek.