

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ Groep U.A. te Tilburg
Zaak : Hulpmiddelenzorg, Freestyle Libre, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6, onder o, Rzv
Zaaknummer : 202101607
Zittingsdatum : 25 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 22 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 9 februari 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 februari 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 3 mei 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022008752) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 mei 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 mei 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 13 juni 2022 heeft het Zorginstituut verklaard dat deze geen aanleiding geven het voorlopig advies te herzien en dat dit als definitief mag worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid en OHRA Tand Sterk. De aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 18 mei 2021 is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een Freestyle Libre. In de aanvraag is door de betrokken diabetesverpleegkundige over verzoeker verklaard:
(...) Ik zou graag voor [verzoeker, geboortedatum], bekend met Type 1 diabetes, de Freestyle Libre willen aanvragen. Op zich geen probleem, echter heer kiest er niet voor om 24/7 de sensor te

gebruiken en zou graag 1 a 2x per maand de sensor willen gebruiken om op deze manier een pas op de plaats te maken hoe het gaat met zijn diabetesregulatie. Op deze manier zou hij eventuele aanpassingen kunnen doen, waardoor weer verbetering zal optreden. Heer heeft naast Type 1 Diabetes Mellitus ook Multiple Sclerose. Is hierdoor al extra belast en vindt het dragen van een sensor continue voor hem teveel. Huid is door MS extra gevoelig, een kaartje in een T-shirt geeft al klachten. Ik hoop dat het mogelijk voor hr. om de sensor en voor de resterende tijd zijn strips te kunnen gebruiken. (...)"

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 mei 2021 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 21 juli 2021 en op 3 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 3 mei 2022 aan de commissie verklaard, voor zover hier van belang:
 "(...) Met de standpunten van het Zorginstituut komen de volgende indicatiegroepen in aanmerking voor vergoeding van FGM:
 - Patiënten met diabetes type 1 met een intensief insuline schema (kinderen en volwassenen, al dan niet zwanger).
 - Patiënten met diabetes type 2 met een intensief insulineschema (dit zijn niet alle type 2-patiënten).
 - Zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 2 die insuline gebruiken, maar geen intensief insulineschema hebben.
 - Vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben.

Verzoeker is aangewezen op de FGM als hij voldoet aan de indicatievoorwaarden. Verzoeker lijkt te voldoen aan deze indicatievoorwaarden. Hierbij gaat het Zorginstituut ervan uit dat, omdat er sprake is van diabetes type 1, ook sprake is van een intensief insuline schema.

Hoe verzoeker vervolgens de FGM inzet en of dat doelmatig is, kan het Zorginstituut niet beoordelen. Het uitgangspunt is dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.

Conclusie

Ervan uitgaande dat bij verzoeker sprake is van diabetes type 1 met een intensief insuline schema, valt verzoeker onder een van de indicatiegroepen die voor vergoeding van FGM in aanmerking komt. De beoordeling of de inzet van FMG doelmatig is, is aan verweerder. (...)"

4. Het geschil
 - 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar tot vergoeding van de Freestyle Libre moet overgaan.
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 A.22 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. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij diabetes type 1 heeft en daardoor insulineafhankelijk is. Hij moet zich als gevolg hiervan minimaal 4 keer per dag injecteren. Voor verzoeker is het dan ook van belang dat hij weet wat zijn glucosewaarde is. Door gebruik te maken van de Freestyle Libre kan hij dit goed monitoren. Hij kan de sensoren van dit hulpmiddel die op de huid moeten worden geplaatst echter niet langere tijd gebruiken als gevolg van MS. Door deze ziekte is zijn huid namelijk overgevoelig. Om die reden wenst verzoeker de Freestyle Libre twee of drie keer per kwartaal te gebruiken, waarbij de sensoren voor een periode van 14 dagen per keer op de huid worden geplaatst. De rest van de tijd blijft hij gebruik maken van test strips. De ziektekostenverzekeraar is echter niet bereid onder deze voorwaarden de Freestyle Libre te vergoeden. Volgens verzoeker wordt hierdoor ten onrechte geen rekening gehouden met zijn specifieke gezondheidssituatie.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat een hulpmiddel op grond van de verzekeringsvoorwaarden slechts voor vergoeding in aanmerking kan komen als sprake is van doelmatige zorg. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het niet doelmatig de Freestyle Libre slechts twee tot drie keer per kwartaal te gebruiken. In dit verband verwijst hij naar het consensusdocument 'Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet FGM en CGM'. Hieruit volgt dat het doel van de inzet van de Freestyle Libre is inzicht te krijgen in de regulatie van bloedglucosewaarden over langere tijd aan de hand van bijvoorbeeld trendgrafieken. Met behulp hiervan kan op de langere termijn een betere bloedglucoseregeling worden gerealiseerd. Bij een tijdelijke inzet van de Freestyle Libre weet verzoeker slechts wat er op dat moment gebeurt. Dat zegt echter niets over de regulering van bloedglucosewaarden over een langere periode. De Freestyle Libre heeft bij dit gebruik dan ook geen meerwaarde ten opzichte van de test strips, die verzoeker naast de Freestyle Libre wil blijven gebruiken. De inzet van de Freestyle Libre is in deze situatie dan ook onnodig kostbaar.

Overwegingen commissie

- 6.4. Bij Flash Glucose Monitoring (hierna: FGM) wordt gebruikt gemaakt van een uitwendig hulpmiddel, zoals de Freestyle Libre, voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel en bij de behandeling van diabetes, als bedoeld in artikel 2.6, onder o, Rzv. Partijen verschillen niet van mening over het feit dat de zorgverzekering dekking biedt voor dit hulpmiddel als een verzekerde hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft. Het staat vast dat dit bij verzoeker het geval is, omdat hij diabetes type 1 heeft en hierdoor insulineafhankelijk is. Of sprake is van doelmatige zorg houdt partijen verdeeld.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in artikel A.3.2. van de verzekeringsvoorwaarden opgenomen wanneer bepaalde zorg al dan niet als doelmatig wordt beschouwd. Dit artikel luidt, voor zover hier relevant:
- "(...) 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. (...)"*
- 6.6. De commissie overweegt dat de Nederlandse Diabetes Vereniging (hierna: NDV) in juli 2020 het consensusdocument 'Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet FGM en CGM' heeft uitgebracht. Ten aanzien van de draagfrequentie van het hulpmiddel is in paragraaf

2.2. van het document vermeld: "(...) De periode van gebruik van FGM/CGM is afhankelijk van het doel, de indicatie en tussentijdse evaluaties. Voorwaarden voor continuering zijn in principe het (bijna) continue dragen van de glucosesensor, correct kalibreren waar nodig, de alarmen adequaat hanteren en in de afgesproken frequentie de resultaten terug te koppelen met de huisarts, kinderarts/internist, (kinder)diabetesverpleegkundige/verpleegkundig specialist of de diëtist. (...)" De commissie leidt uit het voorgaande af dat in principe slechts sprake kan zijn van een optimale en doelmatige inzet van FGM als deze (bijna) continue wordt gedragen. Vast staat dat aan deze voorwaarde niet is voldaan, omdat verzoeker het hulpmiddel twee of drie keer per kwartaal wil gaan gebruiken, voor de duur van 14 dagen per keer. Dit betekent dat geen sprake is van doelmatige inzet van het hulpmiddel en dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag hiervoor terecht heeft afgewezen. Dat het voor verzoeker niet mogelijk is de sensoren van de Freestyle Libre langdurig te dragen in verband met MS, doet aan het voorgaande niet af. Zoals de ziektekostenverzekeraar terecht heeft opgemerkt, wordt bij incidenteel gebruik van het hulpmiddel een vergelijkbaar resultaat behaald als door gebruik te maken van test strips en heeft de veel kostbaardere Freestyle Libre in dit geval niet de beoogde meerwaarde. Het tegendeel is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

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](#).

REGLEMENT HULPMIDDELEN

| Hulpmiddel | Voorwaarden | Akkoord verklaring 1° verstrekking nodig van!: | Akkoord-verklaring nodig van ons (zie noot 1): | Verwijsbrief met medische diagnose nodig van: | Bruikleen/eigendom | Let op! |
|--|--|--|--|---|--------------------|---|
| Zelfmeet-apparaat voor bloedstollingstijden en toebehoren | | Nvt | Nvt | Trombosedienst | Bruikleen | Trombosedienst moet goedkeuring geven voor zelfmeting |
| 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; - ketonen teststrips | 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: - verzekerden met diabetes type 1 - verzekerden met diabetes type 2 met een intensief insulineschema - zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben - vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben | Gecontracteerde zorgverlener | Nvt | Behandelend arts | Eigendom | De voorwaarden van het meest recente ZN formulier zijn het uitgangspunt. |

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! |
|--|---|---|--|---|---|---|
| Real time Continue Glucose Monitoring | Voor: - kinderen onder 18 jaar met diabetes type I - volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (> 8% of > 64 mmol/mol)) - zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2) - vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en 2) - Patiënten met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness) | Gecontracteerde zorgverlener | Nvt | Behandelend arts | Eigendom | De voorwaarden van het meest recente ZN formulier zijn het uitgangspunt |
| Insulinepompen en toebehoren | | Gecontracteerde zorgverlener | Nvt | Internist/ endocrinoloog/ diabetoloog | 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) |
| B.17.20.: Draagbare uitwendige infuuspompen (Artikel 2.22 Regeling) | | | | | | |
| Draagbare uitwendige infuuspomp en toebehoren | Medicijn moet geregistreerd zijn in Geneesmiddelen Vergoedings Systeem en door de zorgverzekeraar vergoed worden | Gecontracteerde zorgverlener | Bij aanschaf extra exemplaar | Behandelend arts, voorzien van de ingangsdatum, vermoedelijke einddatum en toe te dienen geneesmiddel | Bruikleen | |

meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld 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 particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 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.
- 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".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

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 al 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.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk;

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring, nadere voorwaarden.):
 - U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
 - U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
 - U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

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

allergie is bewezen.

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

Behandelvoorstel

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

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

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

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

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

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten

zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u hebt en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutsja's, rollators en aangepast eetgerei.
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoorbeeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waar-

bij er geen sprake is van toedienen van insuline;

- Persoonsalarmering (sociale alarmering);
- Condooms;
- Braces en bandages;
- Epilepsie alarmering;
- Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in artikel D.4. Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding.

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

Tip

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

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

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

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

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

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

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

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

Let op!

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

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de 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 voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgverlener

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

Voorschrift

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

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is

nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.

- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze website. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

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

B.17.5. Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

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

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- vervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.