



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, namens de erven van wijlen de heer C, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, buitencategorie, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.10 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017

Zaaknummer : 201901600

Zittingsdatum : 20 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, namens de erven van wijlen de heer C, hierna te noemen: erflater;

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 13 februari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 8 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 9 april 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 4 mei 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020017628) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 6 mei 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota zijn op 22 mei 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 26 mei 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft hierbij opgemerkt dat hij alleen adviseert over geschillen die betrekking hebben op de vraag of een hulpmiddel een te verzekeren prestatie is, en of betrokkene hiervoor een indicatie heeft. Het Zorginstituut is niet bevoegd te adviseren over informatieplicht dan wel substitutie. Een kopie van dit definitieve advies is op 3 juni 2020 aan partijen gestuurd. Zij zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen 10 dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 8 juni 2020 gereageerd. Een kopie hiervan is op 17 juni 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Erflater was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 3 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Erflater had een hoorprobleem. Daarom heeft hij in 2017 twee hoortoestellen aangeschaft bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker heeft de nota van deze hoortoestellen ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. De betrokken audicien heeft op 3 november 2017 over erflater verklaard:
*"[Erflater] kwam steeds meer in een isolement door zijn beperking in het spraakverstaan. Communicatie was erg beperkt. Door de nieuwe toestellen uit de buiten categorie kan meneer weer mee doen.
Door de zeer goede onderlinge communicatie van de hoortoestellen, hebben deze een sterkere richtbundel en daardoor de mogelijkheid spraak beter te onderscheiden van ruis. Hierdoor hebben wij het spraakverstaan terug kunnen brengen tot 80 / 90% bij normale spraaksterkte.
Meneer merkt hierdoor ook dat het hem veel minder energie kost om te kunnen deelnemen aan de communicatie om hem heen."*
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 november 2017 aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de twee hoortoestellen niet worden vergoed.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar diverse keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 9 oktober 2018, 11 december 2018, 21 februari 2019, en 13 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 4 mei 2020 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:
*"Uit de voorliggende informatie wordt duidelijk dat de door erflater aangeschafte GN Resound LINX2 9 67 hoortoestellen voldeden en dat erflater er tevreden over was.
Echter uit de voorliggende informatie blijkt niet dat hoortoestellen uit de hoortoestellendatabase niet zouden voldoen. Deze zijn niet uitgetprobeerd, en ook ontbreekt informatie waaruit de exacte hoorbehoefte/zorgvraag blijkt (zoals de Amsterdamse Vragenlijst) en op basis waarvan kan worden vastgesteld welke categorie het meest passend is. Het toonaudiogram, dat met name gehoorverlies bij de hoge frequenties laat zien, past bij presbycusis (ouderdomsslechthorendheid), wat niet uitzonderlijk is en waaruit niet blijkt dat er sprake zou zijn van een 'bijzondere zorgvraag'.
Uit de informatie van de audicien en de KNO-arts is weliswaar op te maken dat erflater een indicatie had voor hoortoestellen, maar een onderbouwing voor buitencategorie hoortoestellen ontbreekt, en de voorliggende informatie bevat ook geen aanknopingspunten waaruit zou blijken dat er een medische indicatie zou zijn voor buitencategorie hoortoestellen."*
- 3.7. Verzoeker heeft op 8 juni 2020 schriftelijk gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze brief is op 17 juni 2020 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
- (i) erflater aanspraak had op volledige vergoeding van de kosten van de twee hoortoestellen;
 - (ii) of - als volledige vergoeding niet mogelijk is - dat erflater aanspraak had op een vergoeding ter hoogte van de kosten van twee hoortoestellen uit de database.
- 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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hoortoestellen zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en het desbetreffende artikel uit het Reglement Hulpmiddelen 2017 van de ziektekostenverzekeraar opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Bij de beoordeling of iemand in aanmerking komt voor een hoortoestel ten laste van de zorgverzekering, maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van het meest recente ZN keuzeprotocol Hoorzorg. Dit protocol kent een indeling in vijf categorieën. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Hierin is geregeld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande vastgelegd in artikel 4 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2017'.

In het reeds genoemde ZN keuzeprotocol Hoorzorg is onder andere bepaald dat betrokkene moet worden ondergebracht in één van de vijf categorieën. Lukt dit niet, dan kan sprake zijn van een bijzondere individuele zorgvraag. In dat geval moet objectief worden aangetoond, met aanvullende testen en bijkomende gegevens, dat het niet mogelijk is de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing.

6.3. Verzoeker voert aan dat de hoorsituatie van erflater destijds zeer slecht was. In 2017 heeft hij voor beide oren hoortoestellen laten aanmeten. Bij het voorafgaand onderzoek door de KNO-arts was de medische indicatie vastgesteld. De audicien heeft erflater op basis van de medische indicatie hoortoestellen uit de buitencategorie geadviseerd. Volgens de audicien zou erflater met een toestel uit categorie 1 tot en met 5 onvoldoende horen.

6.4. De audicien heeft erflater verteld dat de hoortoestellen uit de buitencategorie niet worden vergoed. Verzoeker heeft nadien de polisvoorwaarden bekeken en de nota's alsnog ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hij is van mening dat is voldaan aan de polisvoorwaarden. Verzoeker benadrukt dat erflater over een medische indicatie beschikte, en dat daarom de kosten van de aangeschafte hoortoestellen moeten worden vergoed. In reactie op het advies van het Zorginstituut vraagt verzoeker zich af of het redelijk is om de genoemde informatiegebreken aan hem of erflater toe te rekenen.

6.5. De audicien heeft verzoeker verteld dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van hoortoestellen uit de buitencategorie altijd afwijst. Daarnaast heeft hij erflater destijds niet verwezen naar een audiologisch centrum omdat dit zinloos is bij leeftijdsgelateerde hoorklachten. Voorts stelt verzoeker dat de audicien erflater weliswaar de keuze heeft geboden, maar met de kanttekening dat hoortoestellen uit de database voor erflater geen adequate hooroplossing zouden vormen. Dit in tegenstelling tot de aangeschafte hoortoestellen uit de buitencategorie. Als de aangeschafte hoortoestellen niet voor volledige vergoeding in aanmerking komen, wil verzoeker genoeg nemen met een beperkte vergoeding ter hoogte van de vergoeding van twee hoortoestellen uit de database. Volgens hem verzet de Zvw zich niet tegen een dergelijke vergoeding.

6.6. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hoortoestellen worden vergoed als deze in categorie 1 tot en met 5 zijn opgenomen. Alleen als het hoorprobleem niet kan worden opgelost met een toestel uit voornoemde categorieën, kan een hoortoestel uit de buitencategorie worden vergoed. Hiervoor dient een audioloog van het audiologisch centrum verschillende hoortoestellen uit categorie 1 tot en met 5 te testen. Als uit de testen blijkt dat het hoorprobleem inderdaad niet op te lossen is met

hoortoestellen uit categorie 1 tot en met 5, kan de audioloog een aanvraag voor hoortoestellen uit de buitencategorie indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Dat erflater niet zou zijn verwezen naar het audiologisch centrum omdat sprake was van leeftijdsgelateerde hoorklachten komt de ziektekostenverzekeraar ongewoon voor. Bedoelde testen zijn namelijk niet leeftijdgerelateerd.

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de zorgaanbieder navraag gedaan over de gang van zaken. De zorgaanbieder heeft verklaard dat hij erflater vooraf heeft verteld dat alleen hoortoestellen uit categorie 1 tot en met 5 worden vergoed. Erflater wilde echter geen hoortoestel uit één van de categorieën. Daarom is de zogenoemde Amsterdamse Vragenlijst niet ingevuld. Erflater heeft met het ondertekenen van de zogenoemde tevredenheidsverklaring verklaard dat hij is geïnformeerd over de mogelijkheid te kiezen voor een hooroplossing die wel wordt vergoed. De hoortoestellen in de database zouden voor de correctie van stoornissen in de hoorfunctie van verzoeker adequaat moeten zijn. Verzoeker is door de audiciens ook niet doorgestuurd naar het audiologisch centrum voor verder onderzoek. Er is niet gebleken dat het uit zorginhoudelijk oogpunt noodzakelijk was hoortoestellen aan erflater te verstrekken die technisch meer mogelijkheden hebben. De zorgverzekering kent tot slot niet de mogelijkheid van substitutie, aldus de ziektekostenverzekeraar. Dit geldt ook voor een restitutieverzekering.

- 6.8. De commissie overweegt dat in artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarop betrokkene redelijkerwijs naar inhoud en omvang is aangewezen. Daarom bestaat pas aanspraak op hoortoestellen uit de buitencategorie als op zorginhoudelijke gronden niet kan worden volstaan met hoortoestellen uit de categorieën 1 tot en met 5. Erflater heeft in 2017 hoortoestellen aangeschaft die niet zijn opgenomen in de database met hoortoestellen uit de categorieën 1 tot en met 5. Dat erflater was aangewezen op hoortoestellen staat niet ter discussie. Uit het dossier blijkt echter niet dat hoortoestellen uit één van voornoemde categorieën niet adequaat zouden zijn. Er is geen medische verklaring gegeven waarom erflater zou zijn aangewezen op hoortoestellen uit de buitencategorie. Daarnaast is er geen categorie geïndiceerd. Er zijn geen hoortoestellen uit de categorieën 1 tot en met 5 geprobeerd. De stelling van verzoeker, dat de audiciens meteen heeft verklaard dat een dergelijk hoortoestel voor erflater niet adequaat zou zijn, wordt door de informatie in het dossier niet onderschreven. Hierbij merkt de commissie op dat het aan verzoeker is om aan te tonen dat erflater was aangewezen op de aangeschafte hoortoestellen. Gezien het bovenstaande had erflater geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte hoortoestellen ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan het verzoek op grond van deze verzekering niet worden toegewezen.

Substitutie

- 6.10. Verzoeker heeft aangevoerd dat aan erflater hoortoestellen zijn geleverd die passen bij zijn gehoorverlies, en dat dus passende zorg is geleverd. Dit zou moeten leiden tot een gedeeltelijke vergoeding, op basis van de geïndiceerde categorie. De commissie overweegt dat erflater volgens de polisvoorwaarden aanspraak had op hoortoestellen uit categorieën 1 tot en met 5. De aangeschafte hoortoestellen behoren tot de buitencategorie en zoals in 6.8 is vastgesteld, had erflater geen aanspraak op vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekering voorziet niet in de mogelijkheid dat niet-verzekerde zorg wordt vergoed op basis van bespaarde kosten van wél verzekerde zorg.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 juni 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: www.wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en muerterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, grieprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- keuringen;
- grieprikken;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie voor etalagebenen (claudicatio intermittens) ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine).

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- oefentherapie voor perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine. U heeft dan mogelijk recht op fysio- of oefentherapie op grond van artikel 3.1;
- zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen.

In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit

artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden Basisverzekeringen'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 30 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Besteld u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de

4.4 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Hieronder vallen:

- a uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste het verlies van 35dB gemeten op 1000, 2000 en 4000 Hz of ernstig oorsuizen;
- b hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, als de hulpmiddelen onder a hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel als deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen onder a;
- c signaalhonden.

Een indicatie voor de hulpmiddelen onder a en b is eveneens aanwezig als er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

Onder deze zorg valt niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen, want deze vallen onder de medisch-specialistische zorg.

Artikel regeling: 2.6 sub c verder uitgewerkt in 2.10

Let op: De hulpmiddelenzorg uit dit artikel is functiegericht omschreven.

Onder deze aanspraak vallen (onder andere) de volgende hulpmiddelen:

4.4.1 Hoortoestellen, afstandsbediening en oorstukjes

Bruikleen of eigendom?	In bruikleen	
Toestemming nodig?	Ja. Voor vervanging van het hoortoestel binnen 5 jaar moet u vooraf de aanvraag en motivatie van de voorschrijver en een offerte bij ons indienen	Nee. • Verzekerden tot 18 jaar kunnen zich wenden tot een gecontracteerd audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts nodig • Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar een gecontracteerde audicien
Voorschrijver	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerden tot 18 jaar kunnen zich wenden tot een audiologisch centrum. Hiervoor is een verwijzing van de behandelend arts of een StAr geregistreerde audicien nodig • Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen direct naar de StAr geregistreerde audicien 	
Gebruikstermijn	<ul style="list-style-type: none"> • Voor hoortoestellen minimaal 5 jaar • Voor oorstukjes, welke geleverd zijn voor 1 januari 2013, minimaal 30 maanden • Voor oorstukjes, welke geleverd zijn na 1 januari 2013 geldt dat de gebruikstermijn door de audicien wordt bepaald 	
Wat te doen bij vervanging of reparatie van het hulpmiddel?	<ul style="list-style-type: none"> • U kunt contact opnemen met de gecontracteerde leverancier die het hulpmiddel geleverd heeft • Kosten voor normaal gebruik, zoals onderhoud en vervanging van batterijen, zijn voor uw eigen rekening 	
Ben ik eigen risico, een eigen bijdrage en/of andere kosten verschuldigd?	<p>Ja, voor verzekerden van 18 jaar en ouder is een wettelijke eigen bijdrage van toepassing. Dat wil zeggen dat u 25% van het aanschafbedrag dat wij met de audicien hebben afgesproken, zelf moet betalen. De resterende 75% van het aanschafbedrag betalen wij.</p> <p>U bent daarnaast geen eigen risico verschuldigd</p>	

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.

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 het [Interimbesluit forensische zorg](#).

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.

Artikel 2.10

1 Hulpmiddelen als bedoeld in [artikel 2.6, onderdeel c](#), omvatten:

a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;

b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.

2 De zorg, bedoeld in het eerste lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.

3 Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

4 Voor signaalhonden geldt dat een tegemoetkoming kan worden verleend in de redelijk te achten gebruikskosten.