



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OHRA  
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg  
Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.10 Rzv,  
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019  
Zaaknummer : 201900524  
Zittingsdatum : 14 augustus 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
  - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 26 februari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een vergoeding op basis van 75% toe te kennen voor twee hoortoestellen van het type Luna R5-R (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 juni 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 17 juni 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 18 juli 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019032856) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 24 juli 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 augustus 2019 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd de volgende vragen te beantwoorden:
  - Wie beheert de landelijke hoortoestellendatabase en houdt deze up-to-date?
  - Welke criteria worden gesteld aan hoortoestellen om te worden toegelaten tot de hoortoestellendatabase?
  - Wie beoordeelt tot welke categorie een hoortoestel behoort?
  - Is de landelijke hoortoestellendatabase identiek voor elke zorgverzekeraar of kan een zorgverzekeraar zelf de inhoud van de database bepalen?
  - Is de landelijke hoortoestellendatabase toegankelijk voor verzekerden en de Geschillencommissie? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, wat zijn de redenen daarvan?
  - Kunt u toelichten of er in de landelijke database ook hoortoestellen uit categorie 4 zijn opgenomen, voorzien van oplaadbare batterijen?

Bij brieven van 19 augustus 2019 en 2 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar de vragen van de commissie beantwoord. Afschriften van deze brieven zijn op 2 september 2019 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker is daarbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 10 september 2019 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken zijn op 16 september 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 18 september 2019 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 19 september 2019 aan partijen gezonden, die daarbij in de gelegenheid zijn gesteld op het advies te reageren. Bij e-mailbericht van 24 september 2019 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gereageerd op het advies.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en meerdere aanvullende ziektekostenverzekeringen.

3.2. De audicien heeft over verzoeker verklaard:

*"De huidige toestellen van [naam verzoeker], NS Optima P 301 XCL, zijn toestellen uit de categorie 4. Deze toestellen geven meneer niet de oplossing die meneer nodig heeft. Meneer gaat elke maand naar een lezing met een aangrenzende lunch. Helaas is deze lezing voor meneer slecht te volgen en tijdens de lunch kan hij moeilijk een gesprek voeren met iemand. Ook doet meneer vrijwilligers werk bij een Stichting, hij helpt mensen met het invullen van de belastingaangiftes. Helaas kan hij de mensen moeilijk verstaan en moet meneer vaak om herhaling vragen. Nu wil meneer ook graag oplaadbare toestellen. Goede oplaadbare toestellen heeft Schoonenberg helaas niet in de database en dan zal er moeten worden uitgeweken naar de vrije markttoestellen. Toestellen die een betere spraakverstaanbaarheid geven in de moeilijkere luistersituaties en meer aansluiten bij de wensen van [naam verzoeker]."*

3.3. De audicien heeft op 22 januari 2019 aan verzoeker een offerte uitgebracht voor twee hoortoestellen van het type Luna R5-R. De totale kosten bedragen € 1.910,--.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 februari 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de hoortoestellen van het type Luna R5-R niet voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.6. Bij brief van 18 juli 2019 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarnaast heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"Uit de voorliggende stukken blijkt niet dat het Keuzeprotocol Hoorzorg gevolgd is. Ook ontbreekt een onderbouwing door de audicien waarom sprake zou zijn van een bijzondere individuele zorgvraag waardoor verzoeker op een hoortoestel buiten de database zou zijn aangewezen. De motivering is summier en het blijkt niet dat andere hoortoestellen uit de databases zijn uitgetoetst (categorie 4), waaronder bijvoorbeeld hoortoestellen met een hoog IP nummer (IP staat voor Ingress Protection Rating/International Protection Rating) voor wat betreft bescherming tegen vocht, of gezien de beschrijving van de audicien, eventueel een hogere categorie."*

3.7. Bij brief van 18 september 2019 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Hierin heeft het Zorginstituut onder meer het volgende verklaard:

*"Uit het verslag en aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies hierbij als definitief beschouwen.*

*(...)*

*De audicien geeft geen nadere onderbouwing waarom sprake zou zijn van een bijzondere individuele zorgvraag op grond waarvan verzoeker op een hoortoestel buiten de database zou zijn aangewezen. Dat een leverancier ervoor kiest geen hoortoestellen uit de database met specifieke eigenschappen (zoals oplaadbaarheid en/of hoortoestellen met hoog IP nummer wat betreft bescherming tegen vocht) in het eigen assortiment op te nemen, is geen zorginhoudelijke reden voor verstrekking van buiten-categorie hoortoestellen."*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is 75% van de kosten van de hoortoestellen van het type Luna R5-R te vergoeden, eventueel op basis van substitutie.

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 kan daarover bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 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 op het geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (artikel B.17 en het Reglement Hulpmiddelen 2019) 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 B.17 van de zorgverzekering en het 'Reglement Hulpmiddelen 2019'. In dit reglement is opgenomen dat op basis van het 'hoorhulpmiddelen protocol' wordt bepaald op welk type hoortoestel de verzekerde recht heeft. Gedoeld wordt hier op het reeds genoemde ZN keuzeprotocol Hoorzorg. In dit protocol 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 is geïndiceerd voor hoortoestellen uit categorie 4. De door hem aangeschafte toestellen van het type Luna R5-R vallen niet onder het protocol. Vóór de aanschaf van deze toestellen heeft verzoeker bovendien geen andere hoortoestellen geprobeerd. Als reden heeft verzoeker hiervoor gegeven dat hij graag hoortoestellen wil met oplaadbare batterijen. Dit omdat dergelijke hoortoestellen meer gesloten zijn en minder last hebben van vocht. Aangezien de audicien van

verzoekers voorkeur geen hoortoestellen met oplaadbare batterijen kan leveren, is gekozen voor hoortoestellen uit de buitencategorie.

6.4. De commissie overweegt dat op hoortoestellen uit de buitencategorie pas aanspraak bestaat als op zorginhoudelijke gronden niet kan worden volstaan met hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie. Verzoeker heeft niet onderbouwd waarom hij op zorginhoudelijke gronden is aangewezen op de door hem aangeschafte hulpmiddelen. Weliswaar heeft hij gesteld dat hij problemen ondervindt met toestellen met vervangbare batterijen, maar verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat dergelijke problemen ook spelen bij de door de (gecontracteerde) audiciens voorgestelde hoortoestellen uit categorie 4.

6.5. De commissie heeft begrip voor het feit dat verzoeker een voorkeur heeft voor een bepaalde audiciën. Dit betekent echter niet dat als deze audiciens een bepaald product, zoals bijvoorbeeld hoortoestellen met oplaadbare batterijen, niet opneemt in zijn assortiment van hoortoestellen binnen de database, aanspraak bestaat op een hoortoestel uit de buitencategorie met de betreffende specifieke eigenschappen zoals het type Luna R5-R. Dit laatste wordt bevestigd door het Zorginstituut in het definitief advies van 18 september 2019. Een en ander kan anders zijn op het moment dat de ziektekostenverzekeraar via zijn gecontracteerde leveranciers geen hoortoestellen met oplaadbare batterijen zou aanbieden. Dit is in de onderhavige situatie echter niet aan de orde. Door de ziektekostenverzekeraar is immers gesteld, en door verzoeker niet weersproken, dat bij een andere gecontracteerde audiciens wel hoortoestellen uit categorie 4 mét oplaadbare batterijen zijn te verkrijgen. Voor zover verzoeker stelt dat hij met dit feit niet bekend was, geldt dat het op zijn weg lag contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar en kenbaar te maken dat de door hem gewenste leverancier geen hoortoestellen uit categorie 4 met oplaadbare batterijen levert. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker hierover contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hieruit volgt dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de door verzoeker aangeschafte hoortoestellen van het type Luna R5-R.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor het gevraagde zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

#### **Verzoek om substitutie**

6.7. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat een vergoeding op basis van 75% van de aanschafprijs lager uitvalt dan 75% van de kosten van de - geïndiceerde - hoortoestellen uit categorie 4 merkt de commissie het volgende op.  
De zorgverzekering voorziet niet in de mogelijkheid van substitutie, dat wil zeggen de vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wél verzekerde zorg. De mogelijk lagere kosten kunnen daarom niet leiden tot een andere uitkomst.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### **7. Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

## Voorwaarden

### Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) kan nodig zijn. Zie hiervoor artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.

### Tarieven

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

## 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.
- De zorg valt onder 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 internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl).

### Behandelaarsvoorstel

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. 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 internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://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 garantievoorzwaarden 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.

### 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 ambulancezorg, 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 ambulancezorg verstaat onder ambulance



## REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 <sup>e</sup> verstrekking nodig van <sup>1</sup> :	Akkoord-verklaring nodig van ons (zie noot 1):	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
<b>Hypertoon zout (van 3% t/m 7% NatriumChloride)</b>	Alleen voor Cystic Fibrosis (CF, taatslijmziekte) patiënten van 6 jaar of ouder	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts of verpleegkundig specialist	Eigendom	Aanvragen van verzekeren jonger dan 6 jaar met CF of verzekerden zonder CF kunnen voorgelegd worden bij de afdeling Medische Beoordelingen. Hiervoor is er wel een uitgebreide motivatie nodig van de zorgverlener en behandelend arts of verpleegkundig specialist
<b>Losse universele voorzetskamers</b>	Voor gebruik in combinatie met dosis-aërosolen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	
<b>B.17.8.: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (Artikel 2.10 Regeling)</b>						
<b>Hoortoestellen, maskeerders en oorstukjes</b>	Een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen), of ernstige oorsuizen	Gecontracteerde zorgverlener	Bij buiten-categorie hoortoestellen	Van 18 tot 67 jaar bij hoortoestel-dragenden: gecontracteerde triage audiciens  Van 18 tot 67 jaar bij niet-hoortoesteldragenden: kno-arts of audiologisch centrum  Tot 18 jaar: Audiologisch Centrum  Vanaf 67 jaar: gecontracteerde triage audiciens	Eigendom	Wettelijke eigen bijdrage vanaf 18 jaar: 25% van de aanschafkosten en van oorstukjes  Het hulpmiddel moet: - geleverd worden door gediplomeerd StAr-audicien - aangemeten zijn conform de meest recente versie van het Hoorprotocol - zijn opgenomen in de landelijke hoortoestellen database  De zorg omvat niet: Vervanging batterijen of accu's en accessoires  Audiogram mag niet ouder zijn dan 9 maanden  U kunt uw hoortoestel normaal gesproken minimaal 5 jaar gebruiken. Zijn er binnen deze 5 jaar aanpassingen of reparaties nodig aan uw hoortoestel? Neem dan contact op met de gecontracteerde zorgverlener die het toestel aan u heeft geleverd. Wij hebben met hem afspraken gemaakt over de kosten van reparatie of aanpassing binnen deze periode. Wilt u naar een andere (gecontracteerde) zorgverlener? Neem dan contact met ons op.  Wanneer u in aanmerking wilt komen voor een hoortoestel dat niet in de landelijke hoortoestellen database is opgenomen: - moeten er tenminste twee verschillende toestellen uit deze database uitgeprobeerd te zijn en -moet er een functioneel voorschrift van het audiologisch centrum zijn waaruit blijkt dat er niet met een toestel binnen deze database uitgekomen kan worden

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

# 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:

- (...)
- c. uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, als omschreven in artikel 2.10;
- (...)

### 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.