



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, in deze
vertegenwoordigd door One Underwriting Health B.V. te Eindhoven

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoortoestellen, buitencategorie, informatieplicht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.10 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 9 van de Regeling
informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)

Zaaknummer : 201801603

Zittingsdatum : 12 juni 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

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door One Underwriting Health B.V. te Eindhoven.

2. Verloop van de procedure


- 2.1. Bij brief van 11 februari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoeker heeft geschonden en dat (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden een vergoeding toe te kennen voor de hoortoestellen die verzoeker heeft aangeschaft (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 mei 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 6 juni 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019025297) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 6 juni 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar is, ondanks dat hij hiervoor is uitgenodigd, niet ter zitting verschenen. Verzoeker is op 12 juni 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de door verzoeker voorgedragen pleitnota zijn op 14 juni 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 25 juni 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten


- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het IAK Zorg Plan Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Comfort Plus en IAK Ziekenhuis Ontzorg Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 augustus 2018 aan verzoeker medegedeeld dat de door hem aangeschafte hoortoestellen niet voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering en/of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.4. Artikel 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelen bestaat. De aanspraak op hoortoestellen is nader beschreven in de artikelen 2.7 en 4.4.1 van het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op hoortoestellen is nader uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv.
Artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden recht bestaat op een vergoeding voor de eigen bijdrage van een hulpmiddel. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 12 juni 2018 heeft de audiologie-assistent namens het audiologisch centrum (ACE) aan verzoeker medegedeeld:
"Uw vraag naar het ACE is helder. Zoals tijdens het laatste contact besproken, kan het ACE geen goedkeuring verstrekken over een buitencategoriestoestel, omdat we een relevante meerwaarde moeten kunnen aantonen van een buitencategorie t.o.v. twee eerder geprobeerde hoortoestellen uit de database (cat 3-5). (...)"
- 3.6. De behandelend klinisch fysicus audioloog heeft bij e-mailbericht van 26 september 2018 aan verzoeker medegedeeld:
"(...) Ik heb reeds eerder verklaard dat de Bernafon Zerena 5 een geschikt toestel is voor uw gehoor, maar het toestel is inderdaad niet gecategoriseerd in de database. Het argument van uw zorgverzekeraar snijdt dus hout en kan alleen worden bestreden als het toestel alsnog door de importeur wordt aangemeld. Ook zijn er verschillende andere voor u geschikte toestellen beschikbaar die wel in de database zijn opgenomen, zowel van het merk Bernafon als van andere merken. Ik begrijp dan ook niet helemaal waarom de audicien juist dit toestel heeft uitgekozen. (...)"
- 3.7. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 6 juni 2019 verklaard dat:
*"(...) Indicatie
Volgens het in het audiologisch centrum (AC) gemaakte audiogram van 19 februari 2018 heeft verzoeker aan beide oren een gehoorverlies van meer dan 35 dB, gemiddeld over 1000, 2000 en 4000 Hz. De indicatie voor hoortoestellen staat dan ook niet ter discussie. Volgens de voorliggende informatie heeft verzoeker een indicatie voor categorie 4 hoortoestellen.
(...)
Toets naar inhoud en omvang aangewezen
(...)
Zoals aangegeven in het juridische kader komt een verzekerde in principe uit met een hoortoestel uit de database, passend bij de categorie waarin hij of zij is ingedeeld. Het hoortoestel wordt doorgaans gedurende een testperiode uitgeprobeerd en dient hiertoe adequaat te worden afgesteld. Als een verzekerde aantoonbaar niet uitkomt met een hoortoestel uit de database, kan een zorgverzekeraar besluiten toch tot vergoeding over te gaan van een buitencategoriehoortoestel, op basis van een 'bijzondere zorgvraag'. De aanvraag moet in dat geval gedegen onderbouwd zijn door de zorgverlener (waarom volstaat een hoortoestel uit de geïndiceerde categorie niet voor verzekerde).*
- Verzoeker heeft Bernafon Zerena 5 BTE hoortoestellen aangeschaft. Nadere informatie over en onderbouwing van deze keuze ontbreekt bij de voorliggende stukken. Informatie van de audicien ontbreekt, met name is niet gespecificeerd waarom gekozen is voor Bernafon Zerena 5 BTE hoortoestellen en in hoeverre hoortoestellen uit de database zijn overwogen. Daarnaast blijkt uit de informatie van de klinisch-fysicus-audioloog van het audiologisch centrum niet dat verzoeker niet zou kunnen volstaan voor zijn hoorsituatie met een hoortoestel uit de database.
(...)
Gelet op de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en met verwijzing naar advies van de medisch adviseur, is het Zorginstituut van mening dat uit de voorliggende informatie niet blijkt dat verzoeker niet zou uitkomen met hoortoestellen uit de database en dat een onderbouwing voor het type Bernafon Zerena 5 BTE hoortoestellen ontbreekt. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. (...)"*


 4. Bevoegdheid van de commissie


-  4.1. Gelet op artikel 19 van de zorgverzekering en artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

 5. Geschil

-  5.1. In geschil is of (i) de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoeker heeft geschonden en of (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door verzoeker aangeschafte hoortoestellen te vergoeden.


 6. Beoordeling

-  6.1. Om te beoordelen of iemand in aanmerking komt voor vergoeding van een hoortoestel wordt gebruik gemaakt van het Protocol Hoorzorg. Aan de hand van dit protocol wordt vastgesteld op welk van de vijf categorieën hoortoestellen een verzekerde is aangewezen. Hiermee wordt invulling gegeven aan het bepaalde in artikel 2.1, derde lid, Bzv, waarin is geregeld dat een verzekerde alleen recht heeft op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit vastgelegd in artikel 4 van de zorgverzekering en artikel 2.7 van zijn 'Reglement Hulpmiddelen 2018'.

-  6.2. Verzoeker heeft een indicatie voor hoortoestellen uit categorie 4. De hoortoestellen die verzoeker heeft aangeschaft (Bernaform Zerena 5 BTE) komen niet voor in de hoortoestellendatabase. Dergelijke toestellen komen enkel voor vergoeding in aanmerking, indien ten minste twee hoortoestellen uit de aangewezen categorie zijn geprobeerd die in de database voorkomen én door een audiologisch centrum is vastgesteld dat die hoortoestellen niet toereikend zijn in de specifieke situatie van betrokkene.

In dit verband merkt de commissie op dat het audiologisch centrum in het geval van verzoeker heeft verklaard dat hij geen goedkeuring kan verstrekken voor hoortoestellen buiten de database, omdat hij hiervan de relevante meerwaarde moet aantonen ten opzichte van twee eerder geprobeerde hoortoestellen uit de database. Het audiologisch centrum is echter van mening dat voor verzoeker andere geschikte hoortoestellen beschikbaar zijn die in de database zijn opgenomen. Om die reden begrijpt hij niet waarom de audicien van verzoeker deze toestellen niet heeft voorgesteld. Uit de verklaring van het audiologisch centrum volgt dat verzoeker niet is aangewezen op hoortoestellen buiten de database en hierop derhalve ook geen aanspraak heeft. Hoewel het verzoeker vrij staat deze toestellen aan te schaffen, blijven de kosten hiervan dan voor zijn rekening. Dit staat in artikel 2.7, onder j, van het 'Reglement Hulpmiddelen 2018' van de ziektekostenverzekeraar.

Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat de door hem aangeschafte hoortoestellen qua kwaliteit, prijs en functionaliteit goed aansluiten bij de hoortoestellen die in de database zijn opgenomen, doet aan het voorgaande niet af. Feit blijft namelijk dat de door hem aangeschafte hoortoestellen niet in database voorkomen en dat dit wel een voorwaarde is om voor vergoeding hiervan in aanmerking te komen.

-  6.3. Verzoeker heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar niet alles in het werk lijkt te stellen om hoortoestellen met meer moderne technieken op te (laten) nemen in de database en dat het jongste model hoortoestel uit de database vier jaar oud is. Een dergelijke 'plicht' rust echter niet op de ziektekostenverzekeraar. Op grond van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op een adequaat en functionerend hulpmiddel. Zoals uit de verklaring van het audiologisch centrum blijkt, komen er hoortoestellen in de database voor die in zijn situatie adequaat zijn. Dit betekent dat het vanuit zorginhoudelijk oogpunt niet noodzakelijk is hoortoestellen aan verzoeker te verstrekken die moderner zijn of technisch gezien meer mogelijkheden hebben.

6.4. Verzoeker heeft voorts aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens hem heeft geschonden, omdat hij hem niet heeft geïnformeerd over de wijzigingen in de dekking van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 januari 2018. Met name waar het de aanspraak op hoortoestellen betreft. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat hij van mening is dat de ziektekostenverzekeraar niet aan zijn informatieplicht heeft voldaan. In dat verband overweegt de commissie het volgende.

Op grond van artikel 9 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit is de ziektekostenverzekeraar verplicht verzoeker te informeren als de verzekeringsvoorwaarden in zijn nadeel worden gewijzigd. De gevolmachtigde van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 12 november 2017 geïnformeerd dat de collectiviteit waaraan hij deelneemt per 1 januari 2018 wordt ondergebracht bij de ziektekostenverzekeraar. Uit de brief blijkt tevens dat de dekking van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering hetzelfde blijft. Hieruit volgt dat er geen voor verzoeker nadelige wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden zijn. Dit kan de commissie bevestigen voor zover het gaat om de aanspraak op hoortoestellen. Uit de verzekeringsvoorwaarden 2017 en het 'Reglement hulpmiddelen 2017' van de toenmalige zorgverzekeraar volgt namelijk dat de aanspraak op hoortoestellen toen eveneens werd vastgesteld aan de hand van het Protocol Hoorzorg. Dit is hetzelfde protocol waaraan wordt getoetst in 2018. Dit betekent dat de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om aanspraak te maken op hoortoestellen in 2017 en 2018 aan elkaar gelijk zijn. Van een schending van de informatieplicht is daarom geen sprake.

6.5. Hetgeen verzoeker in dit verband overigens heeft aangevoerd, te weten dat sprake is van extreem grote wijzigingen en dat uit verschillende documenten op internet blijkt dat andere voorwaarden gelden bij de ziektekostenverzekeraar dan bij andere zorgverzekeraars, is door hem verder niet onderbouwd. Zo ontbreekt een verwijzing naar de documenten die hij heeft geraadpleegd en heeft hij ook niet toegelicht op welke onderdelen de verzekeringsvoorwaarden van elkaar zouden verschillen. Zijn stelling kan dan ook niet worden gevolgd.

Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar andere afspraken heeft gemaakt met de door hem gecontracteerde zorgaanbieders dan zijn vorige zorgverzekeraar en dat dit leidt tot bepaalde verschillen ten aanzien van de (hoogte van de) vergoeding. Meer specifiek heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar slechts een vergoeding toekent van 39,5% van de kosten van een toestel in plaats van 75% en dat de eigen bijdrage 60,5% bedraagt in plaats van 25%. Hoe verzoeker tot deze conclusie is gekomen, is de commissie niet duidelijk. Uit de stukken in het dossier blijkt namelijk niet dat verzoeker een vergoeding heeft ontvangen voor hoortoestellen in 2017 en 2018, zodat de hoogte hiervan niet met elkaar kan worden vergeleken. Daarnaast tekent de commissie aan dat een wettelijke eigen bijdrage geldt voor de aanschaf van hoortoestellen, gelijk aan 25% van de aanschafkosten hiervan. Van dit percentage mogen zorgverzekeraars niet afwijken. Er is ook niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar dit heeft gedaan. De stelling van verzoeker treft derhalve geen doel.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

1. Verzoeker geen aanspraak heeft op de vergoeding van de door hem aangeschafte hoortoestellen;
2. De ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker niet heeft geschonden.

Zeist, 3 juli 2019

H.A.J. Kroon

Indien u toestemming van ons heeft gekregen, geldt het volgende ten aanzien van de hoogte van de vergoeding:

- 1 Voor de polissen Basis Exclusief (Zilveren Kruis), Principe Polis Restitutie (Pro Life), ZorgPlan Restitutie (Avéro) en de FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis geldt dat wij de kosten van de hulpmiddelen vergoeden tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan krijgt u de kosten vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.
- 2 Voor de polissen Basis Zeker (Zilveren Kruis), Principe Polis (Pro Life), Zorgpolis (OZF), Interpolis ZorgActief, Basis Budget (Zilveren Kruis), ZorgPlan Natura (Avéro), ZorgPlan Selectief (Avéro), ZieZo Basis (Zilveren Kruis), ZieZo Selectief (Zilveren Kruis) en FBTO Zorg basisverzekering naturapolis geldt dat u recht heeft op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).
- 3 Voor Interpolis ZorgActief geldt dat u recht heeft op een vergoeding van maximaal 70% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).

Let op: Heeft u ZieZo Basis, ZieZo Selectief of Interpolis ZorgCompact? En wilt u in aanmerking komen voor volledige vergoeding? Dan moet u voor bepaalde hulpmiddelen gebruikmaken van een leverancier die wij speciaal voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief en Interpolis ZorgCompact gecontracteerd hebben. Als u voor deze hulpmiddelen naar een andere leverancier gaat, terwijl een voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief en Interpolis ZorgCompact gecontracteerde leverancier deze hulpmiddelen ook kan leveren, dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% (70% bij Interpolis ZorgCompact) van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers). Wanneer deze speciaal voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief en Interpolis ZorgCompact gecontracteerde leveranciers dit hulpmiddel niet kunnen leveren, dan heeft u toch recht op een volledige vergoeding. Voor de meeste hulpmiddelen hoeft u, behalve het eigen risico, niets zelf te betalen. Maar voor een aantal hulpmiddelen (zie 'overzicht hulpmiddelen en nadere voorwaarden' in artikel 4) geldt een wettelijke maximale vergoeding of een wettelijke eigen bijdrage. Voor deze hulpmiddelen krijgt u voor uw eigen deel wel een nota.

Wilt u weten met welke leveranciers wij (speciaal voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief en Interpolis ZorgCompact) een contract hebben? Kijk dan op de website van uw Zorgverzekeraar. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op deze website of kunt u bij uw Zorgverzekeraar opvragen.

U zult de nota eerst zelf moeten betalen aan de leverancier, tenzij er een betalingsovereenkomst is gesloten met de niet-gecontracteerde leverancier. Vervolgens dient u de originele nota bij ons in. Op de nota moeten de volgende gegevens staan: naam, adres en woonplaats van de leverancier, het nummer van de Kamer van Koophandel en het btw-nummer. Handgeschreven nota's nemen wij niet in behandeling.

Indien u vooraf geen toestemming heeft gekregen van ons kunt u geen aanspraak maken op vergoeding.

2.7 Bijzondere bepalingen bij levering via een niet-gecontracteerde leverancier

Gaat u naar een niet-gecontracteerde leverancier? Of naar een leverancier die niet speciaal is gecontracteerd voor ZieZo Basis, ZieZo Selectief of Interpolis ZorgCompact? Dan gelden nog steeds de nadere voorwaarden zoals die per hulpmiddel zijn beschreven in de regeling en dit reglement. In afwijking daarvan gelden de volgende specifieke voorwaarden.

- a Bij de aanschaf van een hulpmiddel gaat het altijd om een nieuw aan te schaffen hulpmiddel. Gebruikte of tweedehands hulpmiddelen vergoeden wij niet.
- b De hulpmiddelen moeten een CE-markering hebben. Behalve als het gaat om hulpmiddelen die, op voorschrift van een arts, op maat zijn gemaakt voor een met naam genoemde patiënt.
- c Bloedglucosemeters die nieuw verstrekt worden, moeten voldoen aan ISO 19157: 2013 én door TuV Rheinland goedgekeurd zijn.
- d Mammaprothesen, pro- en orthesen, orthopedische schoenen en therapeutische elastische kousen vergoeden wij alleen, als de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd is door de Stichting Erkenningsregeling Medisch Hulpmiddelenbedrijf (SEMH) op basis van de erkenningsregelingen voor:
 - Orthopedische Schoentechische Bedrijven (OSB)
 - Orthopedische Instrumentenmakerijen (OIM)
 - Leveranciers van Therapeutisch elastische kousen (TEK)
- e Voor pruiken geldt dat de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd is door de SEMH (op basis van de erkenningsregeling voor Leveranciers van Haarwerken (LVH)) of de sectie haarwerken van de Koninklijke Algemene Nederlandse Kappersorganisatie (ANKO).
- f Bij bijzondere optische hulpmiddelen moet de niet door ons gecontracteerde leverancier aangesloten zijn bij de NUVO-sectie Low Vision (de NUVO is de Nederlandse Unie van Optiekbedrijven).
- g Bij lenzen op medische indicatie moet de leverancier lid zijn van de ANVC. (Algemene Nederlandse Vereniging van Contactlensspecialisten).
- h Bij hoortoestellen en tinnitusmaskeerders moet de niet door ons gecontracteerde leverancier gecertificeerd zijn door de Stichting Audicienregister (StAr), moet deze werken met het Protocol Hoorzorg en de daarbij behorende categorie-indeling, en moet de audicien in het bezit zijn van een StAr registratie. Kiest u voor een toestel uit een andere categorie dan is vastgesteld aan de hand van het Protocol Hoorzorg? Dan ontvangt u een vergoeding zoals staat onder j.
- i Moet uw hulpmiddel worden vervangen of gerepareerd? Dan moet u altijd vooraf toestemming aan ons vragen. Daarbij moet u gemotiveerd aangeven waarom het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is of niet meer functioneert. Gaat het om vervanging van hulpmiddelen voor eenmalig gebruik, waarbij u voor een vervolglevering geen nieuwe aanvraag nodig heeft? Dan heeft u daarvoor geen toestemming van ons nodig.
- j Schaft u een hulpmiddel aan dat duurder is dan waarop u medisch gezien bent aangewezen dan vergoeden wij:
 - als u een polis heeft die wordt genoemd onder 1 bij artikel 2.6 deze meerprijs niet;
 - als u een polis heeft die wordt genoemd onder 2 of 3 bij artikel 2.6 helemaal niets.

2.8 Hulpmiddel in eigendom of bruikleen?

Wij hebben bepaald, welke hulpmiddelen in bruikleen verstrekt of in eigendom geleverd worden. Dit doen wij om te voorkomen dat de zorgkosten onnodig stijgen. Welke hulpmiddelen in bruikleen verstrekt of in eigendom geleverd worden, vindt u in het overzicht hulpmiddelen (artikel 4).

2.9 Zorgplicht

U bent verplicht om het hulpmiddel dat u gekregen heeft, goed te verzorgen. Het maakt daarbij niet uit of het gaat om een hulpmiddel dat aan u in eigendom is geleverd of dat in bruikleen is verstrekt. Verliest u het hulpmiddel, wordt het gestolen of raakt het beschadigd? En is het verlies, de diefstal of de beschadiging van het hulpmiddel te wijten aan uw toerekenbare onachtzaamheid? Dan worden de kosten om het hulpmiddel te vervangen, te wijzigen of te repareren, bij u in rekening gebracht. Daarnaast zijn bij toerekenbare onachtzaamheid de kosten voor uw rekening, als een hulpmiddel is vastgelopen en de software of hardware hiervan opnieuw moet worden geïnstalleerd.

2.10 Hulpmiddel in eigendom

Heeft u een hulpmiddel nodig dat wij in eigendom leveren? Dan kan dit hulpmiddel geleverd worden door een leverancier waarmee wij een contract hebben of door een leverancier waarmee wij geen contract hebben. Levert een gecontracteerde leverancier het hulpmiddel, dan betaalt u wel het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico en de eventuele wettelijke eigen bijdrage. Kiest u ervoor om een hulpmiddel dat in eigendom wordt verstrekt, aan te schaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier? Dan heeft u recht op de vergoeding zoals genoemd in artikel 2.6. Daarnaast moet u rekening houden met eventuele aftrek van het eigen risico en/of wettelijke eigen bijdrage. Ook komen reparaties/aanpassingen aan het in eigendom verstrekte hulpmiddel ten laste van het eigen risico.

2.11 Eigen risico

Op hulpmiddelen die in eigendom worden geleverd is het eigen risico van toepassing. Het eigen risico is onder andere van toepassing op:

- a verbruiksartikelen (bijvoorbeeld elektroden, elektrodenpasta bij een elektrostimulator of teststrips bij zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden) die gerelateerd zijn aan het hulpmiddel dat in bruikleen wordt verstrekt;
- b gebruikskosten (zoals stroomkosten en de gebruikskosten van een ADL-, signaal- of blindengeleidehond).

2.12 Dagtarief en eigen risico

Voor het verstrekken van een aantal hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal en zuurstof, ontvangen apothekers en leveranciers een vergoeding op basis van een dagtarief. De apotheker of leverancier declareert dit dagtarief achteraf maandelijks bij ons. De vergoeding betalen wij vervolgens rechtstreeks aan de apotheker of leverancier. De vergoeding valt onder uw verplicht eigen risico. Indien het nodig is, sturen wij u achteraf een nota.

Als u op 1 december van het huidige jaar verbruiksartikelen geleverd heeft gekregen voor de duur van twee maanden, dan betekent dit dat een deel van de vergoeding valt onder het eigen risico van dit jaar en een deel in het volgende jaar. Houdt u er daarom rekening mee dat het moment waarop het eigen risico wordt ingehouden kan verschillen met het moment waarop u de hulpmiddelen heeft ontvangen.

2.13 Hulpmiddel in bruikleen

Heeft u een hulpmiddel nodig dat wij in bruikleen verstrekken? En levert een door ons gecontracteerde leverancier het hulpmiddel? Dan krijgt u geen nota en hoeft u niets zelf te betalen.

Kiest u ervoor om een hulpmiddel in bruikleen te ontvangen van een niet-gecontracteerde leverancier? Dan krijgt u een maximaal bedrag per hulpmiddel vergoed. Het betreffende hulpmiddel krijgt u in dit geval in eigendom. U heeft, op basis van de vergoeding van de gemiddelde (huur)kosten voor een vergelijkbaar hulpmiddel dat wij aan een gecontracteerde leverancier betalen, recht op een (lagere) vergoeding zoals genoemd in artikel 2.6. De vergoeding van de gemiddelde huurkosten verschilt per hulpmiddel en hangt af van het soort afspraken dat wij met de gecontracteerde leveranciers hebben gemaakt.

2.14 Een hulpmiddel in bruikleen retourneren

U bent verplicht het aan u in bruikleen verstrekte hulpmiddel na afloop van het gebruik te retourneren. U moet hiervoor direct contact opnemen met de leverancier van het hulpmiddel of met ons. Wordt het hulpmiddel niet binnen 3 maanden geretourneerd? Dan leidt dit tot een terugvordering die gebaseerd is op de restwaarde van het hulpmiddel. Als u overgaat naar een andere zorgverzekeraar, nemen wij contact op met de nieuwe zorgverzekeraar. De nieuwe zorgverzekeraar beslist dan of het hulpmiddel wordt overgenomen.

Artikel 3 Begripsbepalingen

Aanvraag

Een aanvraag is een, door of namens de verzekerde, schriftelijk of digitaal verzoek om een hulpmiddel te krijgen. Bij de aanvraag moet de daartoe in artikel 4 genoemde voorschrijver een terzake doende medische motivatie voor het (functiegericht omschreven) hulpmiddel bijleveren, die toetsbaar is aan de Regeling zorgverzekering en aan het Reglement Hulpmiddelen.

Behandelend arts

Een huisarts, een medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde, wiens hulp de verzekerde ingevolge de Zorgverzekeringswet en/of AWBZ heeft ingeroepen, in relatie tot het voorgeschreven hulpmiddel.

Besluit

Het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen.

Bruikleen

Een hulpmiddel in bruikleen is eigendom van ons of de leverancier. Is de gebruikstermijn afgelopen, dan moet het hulpmiddel worden geretourneerd aan ons (of namens ons aan de leverancier).

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: hoortoestellen	In eigendom: oorstukjes
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 eigen risico verschuldigd voor oorstukjes, dit geldt niet voor hoortoestellen.</p>	

gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten 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 in verband met artrose van het heup- of kniegewricht.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- b toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- c 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? Ga dan naar www.iak.nl/zorgverleners 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

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

- a. levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b. het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c. 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 3.1 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! Bestelt 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 5 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Ga dan naar www.iak.nl/zorgverleners 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.

- 7.2 Indien de opzegdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering afwijkt van 31 december vermeldt de ziektekostenverzekeraar deze datum op de website.

Kenmerk
TH/NR-010
Pagina
4 van 28

8. Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website alle beperkende toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

- 9.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
- 9.2 De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

10. Vergoedingenoverzicht

- 10.1 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website vermeldt, neemt de zorgverzekeraar een disclaimer op waarin staat dat de verzekerde voor informatie over alle uitsluitingen en beperkingen de polisvoorwaarden dient te raadplegen of contact dient op te nemen met de verzekeraar.
- 10.2 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website vermeldt, neemt de zorgverzekeraar ook daar waar mogelijk per zorgsoort de hoogte van de wettelijke eigen bijdrage in het vergoedingenoverzicht op.

11. Doorlooptijd declaraties en afhandeling machtigingsaanvragen

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de gangbare doorlooptijd voor de vergoeding van declaraties en voor de afhandeling van machtigingsaanvragen.

12. Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar vermeldt op de website:

- a. waar de verzekerde een klacht kan indienen;
- b. op welke wijze de klacht ingediend moet worden;
- c. binnen welke termijn de zorgverzekeraar zal reageren;
- d. dat de verzekerde een klacht kan indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de zorgverzekeraar niet binnen de gestelde termijn reageert.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

- 1 De zorg en overige diensten, bedoeld in [artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet](#) omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de [artikelen 2.4 tot en met 2.15](#), met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
- 2 De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 3 Onverminderd hetgeen is bepaald in de [artikelen 2.4 tot en met 2.15](#), heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 4 Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in [artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg](#) of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
- 5 In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de [artikelen 2.4, 2.8 of 2.9](#), ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
- 6 De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in [artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet](#) aan jeugdigen als bedoeld in [artikel 1.1 van die wet](#).