



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Hulpmiddelenzorg, continue glucosemonitoring (CGM), FreeStyle Libre,
glucosemonitoringsysteem, sensoren

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201801996

Zittingsdatum : 12 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

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

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 brief van 12 februari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem met terugwerkende kracht aan hem moet vergoeden (hierna: het verzoek).
 - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2019 aan verzoeker gezonden.
 - 2.3. Bij brief van 6 juni 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019025393) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 7 juni 2019 aan partijen gestuurd.
 - 2.4. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
 - 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2019 gehoord.
 - 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 17 juni 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 26 juni 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift is op 1 juli 2019 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 1 juli 2019 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 12 juli 2019 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was in 2018 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand 3 sterren is niet in geschil, en blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. Op 24 februari 2016 heeft de behandelend internist namens verzoeker een aanvraag voor het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij verzoeker is in september 2015 de pancreas verwijderd. Als gevolg daarvan heeft verzoeker diabetes mellitus. Hij heeft sterk wisselende bloedglucosewaarden. Hierdoor is frequente controle (zes tot acht keer per dag) noodzakelijk. Op de ingediende aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar destijds afwijzend beslist.
- 3.3. Op 7 augustus 2018 heeft de diabetesverpleegkundige namens verzoeker een aanvraag ingediend voor vergoeding, met terugwerkende kracht, van de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Zij heeft verklaard dat verzoeker na het verwijderen van de pancreas diabetes mellitus type 1 heeft. Volgens de verpleegkundige is verzoeker moeilijk instelbaar en heeft hij altijd sterk wisselende bloedsuikerwaarden. Zij heeft hierbij opgemerkt dat verzoeker voor eigen rekening het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem heeft aangeschaft om beter inzicht te krijgen in het verloop van zijn bloedglucosewaarden. Hierdoor kan hij eerder en beter bijsturen met insuline-injecties.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 november 2018 aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag voor de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem wordt afgewezen, omdat verzoeker niet voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. De behandelend internist heeft bij brief van 26 oktober 2018 over verzoeker verklaard:
*“De Hba1c waarden lagen het afgelopen jaar hoger
Sept 2017 64 mmol/mol
Jan 2018 62
Mei 2018 64
Sept 2018 66.
Op grond van deze waarden zou patiënt in aanmerking moeten komen voor de vergoeding van de Free style libre.
Omdat deze patiënt de pancreas mist is het voor hem zeer moeilijk om zijn bloedsuikerwaarden stabiel te houden. Daarbij moet hij zeer frequent zijn bldsw controleren (6-8 x per dag).
Hij wordt tevens 1 x per 3 weken behandeld met een sandostatineinjectie, wat extra instabiliteit van zijn bldsw tot gevolg heeft.”*
- 3.7. Bij brief van 6 juni 2019 heeft het Zorginstituut zijn voorlopig advies uitgebracht, waarin - voor zover hier van belang - wordt gesteld: *“Bij verzoeker zou sprake zijn van diabetes type 1 en van een (extra) slecht ingestelde diabetes door ook nog de behandeling met sandostatine injecties wat tot wisselende bloedsuikerspiegels leidt.
Na het uitkomen van het standpunt van het Zorginstituut, hebben de zorgverzekeraars in de praktijk nader uitgewerkt wat onder een blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol) moet worden verstaan. Zij verstaan onder blijvend hoog: vier achtereenvolgende kwartalen >8% of >64mmol/mol. Wanneer iemand al gebruik maakt van FGM vragen zij de HbA1c-labwaarden van vier achtereenvolgende kwartalen aan te leveren van vóór de start met FGM. Daarnaast wordt ervan uitgegaan dat conservatieve maatregelen om te komen tot een lager HbA1c reeds optimaal zijn ingezet.
Uit het dossier blijkt dat de HbA1c-waarde van verzoeker driemaal tussen de 62-64 mmmol/mol ligt en éénmaal afwijkend (>64 mmol/mol) is. De waarde van september 2018 is namelijk 66 mmol/mol. Op basis van deze informatie kan niet worden gesproken over blijvend hoog HbA1c conform de indicatievoorwaarden voor FGM.
De HbA1c-waarden van 2015 en 2016 schommelen tussen 40 en 54 mmol/mol. Hiermee kan ook niet geconcludeerd worden dat er eerder wel sprake was van een blijvend hoog HbA1c.”*

- 3.8. De commissie heeft na de hoorzitting het Zorginstituut gevraagd een definitief advies uit te brengen. Hierbij heeft de commissie twee aanvullende vragen gesteld, te weten:
- "(i) het kader van HbA1c (>8% of > 64 mmol/mol) is helder. Deze waarden zijn echter gemiddelden. Hoe moeten de uitschieters worden gezien?*
- (ii) is het mogelijk dat iemand per kwartaal binnen de waarde blijft, maar dat zich gedurende de dag grote schommelingen voordoen?"*
- Het Zorginstituut heeft in zijn brief van 26 juni 2019 het volgende geantwoord:
- "Vraag 1*
- De flash glucose monitoring (FGM) is tot nu toe door het Zorginstituut beoordeeld als technische variant van real time continue glucose monitoring (rt-CGM). De rt-CGM is in 2010 conform de stand van de wetenschap en praktijk beoordeeld omdat de klinische relevantie van de verbetering van het HbA1c voldoende vaststond. Het HbA1c geeft inzicht in de glucose regulatie van de afgelopen 2-3 maanden.*
- Het HbA1c is een maat voor de gemiddelde glucosewaarde gedurende deze periode (uitschieters meegenomen), maar geeft niet goed de variatie van de glucose, dus dagschommelingen van de glucose, weer.*
- Als het HbA1c goed gereguleerd is, wordt met name de kans op micro- en macro vasculaire complicaties ten gevolge van diabetes mellitus op de lange termijn verminderd.*
- Vraag 2*
- Zie het antwoord op vraag 1. Het HbA1c biedt geen inzicht in de dagschommelingen van de glucose en is geen voorspeller voor hypo- of hyperglykemie."*

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

5. Geschil


- 5.1. In geschil is of verzoeker met terugwerkende kracht aanspraak heeft op de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem.

6. Beoordeling

- 6.1. Artikel 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat.
- In artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat slechts aanspraak bestaat op zorg waarop betrokkene redelijkerwijs naar inhoud en omvang aangewezen is.
- Artikel 10 Zorgverzekeringswet (Zvw) ziet op het te verzekeren risico en artikel 11 Zvw op de te verzekeren prestaties.
- Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 en verder Regeling zorgverzekering (Rzv).
- Artikel 2.6, sub o, Rzv betreft: *"uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel"*.
- Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker voert aan dat hij door het verwijderen van de alvleesklier, galblaas, milt, en twaalfvingerige darm afhankelijk is geworden van medicatie. Hij doet erg zijn best om op een gezonde en verantwoorde manier om te gaan met de diabetes mellitus en het leven zonder alvleesklier. Hierdoor blijft zijn bloedglucosewaarde onder de grens van 64 mmol/mol. Dat hij dan geen aanspraak heeft op de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem, ervaart verzoeker als een straf voor goed gedrag. Verzoeker merkt op dat hij één van de 150 mensen in Nederland is zonder alvleesklier. Dit gegeven is volgens hem al voldoende om aanspraak te kunnen maken op het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Verzoeker merkt verder op dat hij éénmaal per drie weken een injectie met Sandostatin krijgt toegediend. Hierdoor ervaart hij regelmatig schommelingen in zijn bloedglucosewaarden.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij geen uitzondering voor verzoeker maakt, omdat hij al zijn verzekerden gelijk behandelt. Verzoeker is in 2016 het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem voor eigen rekening gaan gebruiken. De waarden waren toen 40 en 54 mmol/mol. Eén jaar later, na een aantal kwartalen te hebben gemeten, zijn de waarden opgelopen. Dit vindt de ziektekostenverzekeraar vreemd. Daarom heeft hij aanvullende informatie opgevraagd bij de behandelend internist. Deze is in zijn brief van 26 oktober 2018 niet ingegaan op de gestelde vragen. De medisch adviseur maakt hieruit op dat er voor de oplopende waarden geen verklaring is. Uit de informatie van de internist blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker niet aan de vergoedingsvoorwaarden voldoet.
- 6.4. Het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en de bijbehorende sensoren vallen onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg als bedoeld in artikel 4 van de zorgverzekering. De indicatie hiervoor wordt gesteld door de behandelend medisch specialist. In artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg waarop betrokkene redelijkerwijs naar inhoud en omvang is aangewezen.
- 6.5. Het Zorginstituut heeft het standpunt ingenomen dat alleen bij bepaalde indicaties aanspraak bestaat op het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem ten laste van de zorgverzekering. De indicaties zijn:
1. Kinderen met diabetes type 1.
 2. Volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol)).
 3. Zwangere vrouwen met diabetes type 1 en 2 (geen zwangerschapsdiabetes).
 4. Vrouwen met diabetes types I en II die een zwangerschapswens hebben.
- 6.6. Verzoeker is volwassen. Hij heeft diabetes type 1. Zijn HbA1c was in de periode van september 2017 tot en met september 2018 achtereenvolgens 64, 62, 64 en 66 mmol/mol. Dit was met het gebruik van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Op het moment van de aanvraag in 2016, dus voordat hij het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem ging gebruiken, had verzoeker waarden van 53, 40 en 54 mmol/mol. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd het vreemd te vinden dat de bloedglucosewaarden zijn gestegen met het gebruik van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. De behandelend internist heeft hiervoor - desgevraagd - geen verklaring gegeven. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 6 juni 2019 geconcludeerd dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Het is niet gebleken dat verzoeker een blijvend hoog HbA1c, heeft. In zijn advies van 26 juli 2019 heeft het Zorginstituut verklaard dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Tevens heeft het Zorginstituut de door de commissie gestelde vragen beantwoord. Uit deze beantwoording leidt de commissie af dat als het HbA1c goed is gereguleerd, met name de kans op micro- en macro vasculaire complicaties ten gevolge van diabetes mellitus op




de lange termijn wordt verminderd. Dit is - zo begrijpt de commissie het Zorginstituut - de klinische relevantie van de verbetering van het HbA1c.

De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over. Er is onvoldoende reden hiervan af te wijken. Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem en dus ook niet op de aangevraagde bijbehorende sensoren.



Aanvullende ziektekostenverzekering




6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Het verzoek kan daarom niet op basis van deze verzekering worden ingewilligd.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



H.A.J. Kroon

Artikel 10 Zvw

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 Zvw

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.

2.1, derde lid, Bzv

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.

Artikel 2.9 Bzv

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 2.6 Rzv

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

(...)

o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;

(...)

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: <http://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 muiterij.

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 zorg die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf zorg verlenen 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 zorg verleent? 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 zorg uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

Let op! Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.

3.4 Fysiotherapie in verband met etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van etalagebenen? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde 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.

3.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van artrose in het heup- of kniegewricht? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 12 behandelingen 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:

- 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 nietgecontracteerde 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! 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 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.