



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV te Tilburg

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

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

Zaaknummer : 201900759

Zittingsdatum : 23 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 20 juni 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 5 augustus 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 5 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019040269) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 6 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota's en het door verzoekster ter zitting overgelegde overzicht van de bloedglucose-uitslagen zijn op 28 oktober 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 4 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster valt niet onder één van de genoemde indicaties waarvan is vastgesteld dat dit hulpmiddel voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Een kopie van dit advies is op 4 november 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen veertien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 7 november 2019 op voornoemd advies gereageerd. Een afschrift hiervan is op 19 november 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Delta Lloyd Start (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is bekend met diabetes mellitus type 1, problemen met het auto-immuunsysteem, reuma, een chronische urineweginfectie, neuropathie, en problemen met haar ogen. In 2018 heeft de behandelend internist-endocrinoloog namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem. Verzoekster gebruikt dit hulpmiddel al sinds medio 2016 voor eigen

rekening. De internist-endocrinoloog heeft bij de aanvraag de volgende laboratoriumuitslagen (HbA1c) van de vier opeenvolgende kwartalen vermeld. Deze uitslagen zijn:

- eerste kwartaal 62 mmol/mol,
- tweede kwartaal 67 mmol/mol,
- derde kwartaal 57 mmol/mol,
- vierde kwartaal 66 mmol/mol.

Hierbij is opgemerkt dat verzoekster tijdens deze perioden al gebruik maakte van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 november 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem is afgewezen.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 januari 2019 en 13 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.5. De behandelend anesthesioloog heeft bij brief van 23 januari 2019 over verzoekster verklaard: *“Na een pijnbehandeling ontregelt de DM en haar suikers fors. Ze kan dit alleen goed opvangen met behulp van een sensor voor de glucosespiegel.”*

3.6. De internist van de DC Klinieken heeft bij brief van 21 februari 2019 over verzoekster verklaard: *“Op 13-02-2019 zag ik op jouw verzoek bovengenoemde patiënte met de vraag om mee te denken over haar recidiverende urineweginfecties, waarvoor zij reeds door een uroloog werd gezien die een onderhoudsdosering antibiotica gaf, zonder merkbaar resultaat.*

Van belang is te vermelden dat in 2014 bij haar maligne blaaspoliepen werden verwijderd.

Cystoscopische controle in 2018 zou geen recidief hebben laten zien. Daarnaast is zij bekend met status na mamma met het BRCA1-gen, waarvoor zij een dubbelzijdige mamma-amputatie onderging. Ten slotte is zij sinds 1989 bekend met diabetes mellitus type 1. Ook [zou] bij haar ooit reumatoïde artritis zijn vastgesteld, waarvan zij op dit moment in remissie is.

(...)

Centraal lijkt van belang dat patiënte scherper wordt ingesteld wat betreft haar diabetes, waarbij ook aandacht aan haar te hoge bloeddruk en te hoge cholesterolwaarde dient te worden gegeven.

(...)

3.7. Bij brief van 5 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

“Door zorgverzekeraars is in samenwerking met stakeholders waaronder NDF en DVN, na het uitkomen van het standpunt van het Zorginstituut, in de praktijk nader uitgewerkt wat onder een blijvend hoog HbA1c (>8% of >64 mmol/mol) wordt verstaan. Onder blijvend hoog wordt verstaan vier achtereenvolgende kwartalen >8% of >64 mmol/mol. Wanneer iemand al gebruik maakt van FGM wordt gevraagd om de HbA1c labwaarden van vier achtereenvolgende kwartalen aan te leveren van vóór de start met het gebruik FGM. Daarnaast wordt er van uitgegaan dat conservatieve maatregelen om te komen tot een lager HbA1c reeds optimaal zijn ingezet.

Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding, omdat zij voorafgaand aan het gebruik van de FGM sinds medio 2016 niet een blijvend verhoogd HbA1c had met gedurende vier kwartalen een HbA1c >64 mmol/mol. Uit de informatie in het dossier kan overigens niet beoordeeld worden of de FGM voor verzoekster een meerwaarde heeft voor de glucoseregulatie ten opzichte van vingerprikken. Volgens verzoekster is zij begonnen met (op en af) gebruik van de FGM vanaf medio 2016. In november 2016 was het HbA1c van 61 mmol/mol lager, maar in juni 2016 was het HbA1c ook al 58 mmol/mol. Bij gebruik van FGM vanaf medio 2016 is de betere glucoseregulatie mogelijk niet toe te schrijven aan de FGM, omdat het HbA1c een afspiegeling is van de glucoseregulatie van de voorgaande maanden. Verder is de diabetes sinds 2018 niet goed ingesteld ondanks het gebruik van de FGM, zoals blijkt uit de verhoogde HbA1c-waarden uit 2018 en 2019, maar de matige regulatie (ondanks FGM) kan veroorzaakt worden door intercurrente medische problemen zoals recidiverende urineweginfecties.

Conclusie

Conclusie is dat bij verzoekster niet is gebleken dat sprake is van een blijvend hoog HbA1c >8% of >64 mmol/mol. Op dit moment behoort verzoekster inderdaad niet tot een van de vier indicatiegroepen waarvan is vastgesteld dat FGM voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Uit het dossier is overigens niet op te maken dat FGM bij verzoekster een meerwaarde heeft voor de glucoseregulatie ten opzichte van vingerprikken.”

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat zij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de sensoren van het FreeStyle Libre glucosemonitorsysteem.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 'uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Verzoekster stelt dat zij tot één van de door het Zorginstituut genoemde categorieën van personen behoort die in aanmerking komen voor vergoeding van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem, te weten de categorie: 'Volwassenen met diabetes type 1 die slecht zijn in te stellen en die kampen met gemiddeld hoge bloedsuikerwaarden (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c: >8% of >64 mmol/mol)'. Verzoekster heeft een blijvend hoog HbA1c. Zij gebruikt het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem sinds medio 2016. In de periode voorafgaand aan het gebruik van dit hulpmiddel voldeed haar HbA1c in twee kwartalen wel en in twee kwartalen niet aan de gestelde norm. Verzoekster vindt deze uitslagen uit 2015 en 2016 echter niet meer relevant. Zij kan haar HbA1c met behulp van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem net rond de 64 mmol/mol houden.

De beide behandelend artsen vinden het gebruik van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem noodzakelijk.

Haar andere aandoeningen en de gebruikte medicatie veroorzaken ernstige schommelingen in de bloedsuikerspiegel.

Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen op basis van de cijfers van de HbA1c met gebruik van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem. Zij merkt op dat als zij aan de gestelde voorwaarden wil voldoen, zij een jaar lang moet stoppen met het gebruik van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem. Dit lijkt haar, gezien haar wankelende gezondheid, een zeer onverstandige keuze.

Verzoekster voert voorts aan dat het niet weten wat haar bloedsuikerspiegel is een ernstige psychische belasting vormt. Met gebruik van het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem voelt zij zich zekerder en heeft zij een beeld van haar nachtelijke bloedsuikerwaarden. Hierdoor kan verzoekster haar dag beter inschatten. Bij het gewone vingerprikken ziet verzoekster alleen wat de waarde van de bloedsuikerspiegel op dat moment is. Met het Freestyle Libre glucosemonitorsysteem kan verzoekster ook zien of deze waarde stijgend of dalend is, waardoor

zij hierop beter kan inspelen. Het systeem geeft haar zekerheid waardoor zij beter kan functioneren en minder afhankelijk is van anderen.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat verzoekster geen aanspraak heeft op het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem en daarom evenmin op de sensoren. Er bestaat alleen aanspraak op dit hulpmiddel in geval van een blijvend hoog HbA1c. Dit is alleen aan de orde als vóór de inzet van het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem sprake was van vier achtereenvolgende kwartalen met een HbA1c-waarde van méér dan 64 mmol/mol. Uit de aanvraag blijkt dat de waarden van de afgelopen vier kwartalen als volgt waren: eerste kwartaal: 62 mmol/mol, tweede kwartaal 67 mmol/mol, derde kwartaal 57 mmol/mol en het vierde kwartaal 66 mmol/mol. Dit betekent dat verzoekster ook mét inzet van het hulpmiddel in twee van de vier voorafgaande kwartalen niet aan de gestelde voorwaarden voldeed.

6.4. De commissie overweegt dat het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem en de bijbehorende sensoren vallen onder de aanspraak op hulpmiddelenzorg als bedoeld in artikel B.17 van de zorgverzekering. De indicatie hiervoor wordt gesteld door de behandelend medisch specialist. In artikel A.3.2 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 glucosemonitoringsysteem 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. Verzoekster is volwassen. Zij heeft diabetes type 1. Haar HbA1c was in de vier kwartalen voorafgaand aan de aanvraag achtereenvolgens 62, 67, 57 en 66 mmol/mol. Dit was mét het gebruik van het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem. Voordat zij het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem ging gebruiken, had verzoekster waarden van 63 (maart 2015), 64 (augustus 2015), en 66 (maart 2016) mmol/mol. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 5 september 2019 geconcludeerd dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem. Het is niet gebleken dat verzoekster, voordat zij het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem ging gebruiken, een blijvend hoog HbA1c had. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over. Er is geen reden hiervan af te wijken. Het is begrijpelijk dat verzoekster op het systeem vertrouwt, en dat zij, nu dit kennelijk goed functioneert, onzeker is over het verloop van de waarden als zij met het gebruik zou stoppen. Dit neemt niet weg dat ten tijde van de aanschaf geen (verzekerings)indicatie bestond. De thans bestaande onzekerheid en de risico's van het - tijdelijk - stoppen vormen geen grond om aan te nemen dat verzoekster inmiddels wel aan de gestelde voorwaarden voldoet. Daarom heeft zij geen aanspraak op het FreeStyle Libre glucosemonitoringsysteem en dus ook niet op de aangevraagde bijbehorende sensoren, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

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

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 november 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester



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;

(...)

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring nodig van ons <small>(zie noot 1)</small> :	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
B.17.17.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij langdurig compenseren van functieverlies van aderen bij transport van bloed en functieverlies van lymfevaten bij transport van lymfe (Artikel 2.6 sub m Regeling)						
Therapeutische elastische kousen en aan- en uittrekhelpen	Voor langdurige compensatie van functieverlies Aan- en uittrekhelpen: ter behoud van zelfstandigheid bij het niet aan/uit kunnen trekken van therapeutische elastische kousen	Gecontracteerde zorgverlener Zorgverzekeraar bij: aan- en uittrek-helpen van meer dan € 100,-	Nvt	Behandelend arts	Eigendom Bruikleen bij: aan- en uittrek-helpen van meer dan € 100,-	Niet-gecontracteerde zorgverlener: - moet erkend zijn conform Erkenningsregeling Therapeutische Elastische Kousen; of - huidtherapeut heeft contract "vrijgevestigd huidtherapeut" met ons De zorg omvat niet: Steunkousen (klasse 1 of lager)
Hulpmiddelen voor mechanische lymfe-drainage		Zorgverzekeraar	Nvt	Behandelend specialist	Bruikleen	
B.17.18.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in functies van het hematologisch systeem (Artikel 2.6 sub n Regeling)						
Zelfmeet-apparatuur voor bloedstol-lingstijden en toebehoren		Nvt	Nvt	Trombose-dienst	Bruikleen	Trombosedienst moet goedkeuring geven voor zelfmeting
B.17.19.: Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel (Artikel 2.6 sub o Regeling)						
Diabetes-materialen: - apparatuur voor zelf bloedafname + bijhorende lancetten; - bloedglucosetest-meter + bijbehorende teststrips; - injectiemateriaal; - een aangepaste uitvoering	U moet insuline-afhankelijk zijn of nagenoeg zijn uitbehandeld met bloedsuikerverlagende orale middelen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Behandelend arts	Eigendom	Bloedglucosemeter van niet gecontracteerde zorgverlener moet voldoen aan de norm: norm ISO 15197:2013 met een certificaat van TÜV, TNO, SKUP, Dekra of Lloyds Register.

REGLEMENT HULPMIDDELEN

Hulpmiddel	Voorwaarden	Akkoord verklaring 1 ^e verstrekking nodig van ¹ :	Akkoord-verklaring nodig van ons <small>(zie noot 1)</small> :	Verwijsbrief met medische diagnose nodig van:	Bruikleen/eigendom	Let op!
Insulinepompen en toebehoren		Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Internist	Bruikleen of eigendom (afhankelijk van de benodigde pomp)	De zorg omvat niet: - Vervanging van batterijen of accu's (dit zijn kosten van normaal gebruik) - Pomphouders/beschermhoesjes (verstrekking bij eerste levering, daarna eigen kosten of service product leverancier) - Lederen hoesjes en/of pomptasjes (verstrekking bij eerste levering, daarna eigen kosten of service product leverancier)
B.17.20.: Draagbare uitwendige infuuspompen (Artikel 2.22 Regeling)						
Draagbare uitwendige infuuspomp en toebehoren	Medicijn moet geregistreerd zijn in Geneesmiddelen Vergoedings Systeem en door de zorgverzekeraar vergoed worden	Gecontracteerde zorgverlener	Bij aanschaf extra exemplaar	Behandelend arts, voorzien van de ingangsdatum, vermoedelijke einddatum en toe te dienen geneesmiddel	Bruikleen	
B.17.21.: Hulpmiddelen voor toedienen van voeding (Artikel 2.24 Regeling)						
Hulpmiddelen voor de toediening van voeding: a. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren; b. uitwendige voedings-pompen met toebehoren; c. uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding	Als om medische reden aangewezen	Gecontracteerde zorgverlener	Nvt	Huisarts, arts verstandelijk gehandicapten specialist ouderen-geneeskunde, medisch specialist of diëtist	Bruikleen	Maximaal 1 stuk per dag voor niet-klinisch ingebrachte sondes

ringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.

- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

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

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan deze eisen of andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden

A.3.4. Dekkingsgebied

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

Voorbeeld:

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

De voorwaarden die bij het betreffende artikel

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar hebt u recht op?

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 Zorgadvies en 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.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een

diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Zorgadvies en akkoordverklaring

De zorgverlener – met uitzondering van de huisarts - die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsverklaring 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 hebt u recht op?

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.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op 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 ziekenhuisopname 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.

Voorgestelde behandeling (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.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of vooraf een akkoordverklaring nodig is.
- 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 hebt u recht op?

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

Voorbeeld 1:

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

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.