

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501134

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 14 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 16 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 maart 2026 aan verzoeker gestuurd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar op 27 maart 2026 een e-mailbericht aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 30 maart 2026 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 29 maart 2026, door de commissie ontvangen op 31 maart 2026, heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze reactie is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Op 15 april 2026 heeft verzoeker een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 20 april 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 24 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is diezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 15 respectievelijk 24 april 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Best en VGZ Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 2 juni 2025 heeft verzoeker therapeutische elastische steunkousen (hierna: steunkousen) aangeschaft. De kosten hiervan heeft hij op 5 juni 2025 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De declaratie is afgewezen, omdat de vorige declaratie voor steunkousen was van 6

juni 2024 en dus minder dan 12 maanden eerder. Verzoeker heeft bij dezelfde brief van 5 juni 2025 de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een schriftelijke verklaring dat hij, zolang hij bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, jaarlijks in april of mei nieuwe steunkousen mag aanschaffen. Op 9 juni 2025 zijn opnieuw kosten van steunkousen bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Deze zijn direct vergoed.

- 2.3. Bij brief van 12 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij geen vergoeding krijgt voor de op 2 juni 2025 aangeschafte steunkousen. Op de vraag van verzoeker is niet gereageerd.
- 2.4. Verzoeker heeft hierop een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 20 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de klacht van verzoeker en aan hem meegedeeld dat hij eerst op 9 juni 2026 weer recht heeft op vergoeding van steunkousen.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat hij in maart of april 2026 weer aanspraak heeft op vervanging van de steunkousen.
- 3.2. Bij brief van 14 december 2025 heeft verzoeker toegelicht dat hij, na meer dan vijftien jaar gebruik te hebben gemaakt van steunkousen, wordt geconfronteerd met het zodanig verschuiven van het moment waarop hij nieuwe mag declareren, dat het voor hem onpraktisch is geworden. Als de ziektekostenverzekeraar transparant was geweest over het feit dat er steeds pas na het verstrijken van twaalf maanden opnieuw kon worden gedeclareerd, had verzoeker vanaf het begin in de maand maart kunnen declareren. Echter, door vakanties, drukte bij de leverancier en tijdelijke afwezigheid van de contactpersoon in de winkel is er niet zo nauw omgegaan met de datum van aanschaffen en declareren, waardoor deze steeds verder is opgeschoven.
- 3.3. In juni 2026 is verzoeker niet in Nederland en het is op dit moment nog niet bekend wanneer dat wel het geval zal zijn. De termijn voor vervanging van de steunkousen wordt daardoor dan ineens met maanden naar achteren geschoven, waardoor de kwaliteit van de kousen afneemt. Dan levert de ziektekostenverzekeraar niet de kwaliteit, die van hem mag worden verwacht. Het lijkt erop dat bij de ziektekostenverzekeraar alleen geld een rol speelt en niet wordt gekeken naar de kwaliteit van leven.
Verzoeker heeft de steunkousen nodig vanwege een medische noodzaak. De termijn waarop deze steunkousen aan de daaraan gestelde eisen voldoen, heeft niets met de medische noodzaak te maken. De kwaliteit van de steunkousen is na een jaar heel verschillend. Er heeft na een jaar gebruik nog nooit een controle van de steunkousen plaatsgevonden.
Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker zelfs geadviseerd de zorgverzekering op te zeggen en na een jaar weer terug te komen, zodat het juiste moment van aanschaffen van de steunkousen door verzoeker zou kunnen worden gekozen. Maar verzoeker vraagt de ziektekostenverzekeraar alleen om even mee te denken.
- 3.4. Bij brief van 29 maart 2026 heeft verzoeker zijn onvrede geuit over de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast heeft hij verklaard dat de coulancevergoeding van de ziektekostenverzekeraar niet leidt tot een oplossing. Het probleem zal zich in de toekomst opnieuw voordoen.
- 3.5. Bij brief van 15 april 2026 heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar verschillende fouten heeft gemaakt bij het doen van uitbetalingen. Hierover heeft hij zijn onvrede geuit. Daarnaast heeft hij benadrukt dat het geschil niet gaat over geld, maar over de datum van het indienen van de nota.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanspraak op steunkousen in de voorgaande jaren correct is beoordeeld en dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van nieuwe steunkousen in maart of april 2026 zonder dat daartoe een medische noodzaak bestaat.
- 4.2. Bij brief van 16 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat uit artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat zorg doelmatig en medisch noodzakelijk moet zijn. In het Reglement Hulpmiddelen is voor steunkousen opgenomen dat in geval van afname bij een gecontracteerde leverancier een zorggarantie van twaalf maanden geldt. In de contracten met de SEMH-gecontracteerde leveranciers is vastgelegd dat de leverancier in die twaalf maanden moet zorgen voor passende kousen (bijvoorbeeld twee stuks of meer, afhankelijk van de individuele noodzaak). Er is recht op vergoeding van steunkousen voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Bij gebruikelijke omstandigheden gaat de ziektekostenverzekeraar uit van een minimale gebruikstermijn van twaalf maanden per verstrekte set. Vervanging binnen twaalf maanden is alleen aan de orde als er een medische noodzaak bestaat waaruit blijkt dat de kousen niet meer adequaat zijn. In de voorwaarden van de zorgverzekering is geen aanspraak geformuleerd in termen van één keer per kalenderjaar of per verzekeringsjaar. De twaalf maanden termijn is een inhoudelijke invulling van de medische noodzaak en doelmatigheid, mede gebaseerd op de afspraken met de gecontracteerde leveranciers en de professionele standaard.
- 4.3. Verzoeker heeft in 2025 steunkousen vergoed gekregen. De declaratie van 9 juni 2025 is vergoed ten laste van de zorgverzekering (verrekend met het eigen risico). De aanspraak van verzoeker is niet inhoudelijk beëindigd of beperkt, maar de restitutenota van 2 juni 2025 is afgewezen omdat deze vóór het verstrijken van de termijn van twaalf maanden na de levering van 6 juni 2024 is ingediend. Met de levering en declaratie van 9 juni 2025 begint een nieuwe periode van twaalf maanden. Dit betekent dat verzoeker op 9 juni 2026 opnieuw recht heeft op vergoeding van steunkousen, tenzij er vóór die datum sprake is van een medisch onderbouwde noodzaak tot eerdere vervanging. Neemt verzoeker de steunkousen af bij een gecontracteerde zorgaanbieder, dan bepaalt die zorgaanbieder of er sprake is van een medische noodzaak.
- 4.4. De zorgverzekering biedt geen aanspraak op één paar steunkousen per kalenderjaar, maar op hulpmiddelenzorg voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Voor steunkousen heeft de ziektekostenverzekeraar, binnen de ruimte die de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering laten, in het Reglement Hulpmiddelen en in de contracten met leveranciers een twaalf maanden zorggarantie vastgelegd. De ziektekostenverzekeraar acht het daarom gerechtvaardigd om als uitgangspunt te hanteren dat vervanging van steunkousen in beginsel eens per twaalf maanden plaatsvindt. Vervanging binnen twaalf maanden zonder onderbouwde medische noodzaak acht de ziektekostenverzekeraar niet doelmatig en valt daarmee buiten de aanspraak. De omstandigheid dat de verzekering loopt van 1 januari tot en met 31 december, en tussentijds niet kan worden opgezegd, brengt geen recht met zich op vergoeding per kalenderjaar, en verandert niets aan de inhoudelijke gebruikstermijn van het hulpmiddel.
- 4.5. De naturalevering van 6 juni 2024 markeerde het begin van een nieuwe gebruikstermijn. De restitutenota van 2 juni 2025 valt binnen de termijn van twaalf maanden en is daarom terecht afgewezen. De naturadeclaratie van 9 juni 2025 is na afloop van de twaalf maanden termijn ingediend en correct vergoed. Dat in eerdere jaren de feitelijke datum van verstrekking enkele dagen of weken verschoof (bijvoorbeeld door vakantieplanning of praktische afspraken met de leverancier) schept geen aanspraak op vervanging vóór afloop van de gebruikstermijn. Het feit dat er in de praktijk enige marge zat in de exacte datum, mag niet worden opgevat als het ontstaan van een ruimere, op een kalenderjaar georiënteerde aanspraak.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat verzoeker een relevante medische voorgeschiedenis heeft (dubbele longembolie) en dat goede compressietherapie voor hem daarom belangrijk is. In het dossier is echter geen medische onderbouwing aanwezig waaruit volgt dat vervanging vóór 9 juni 2026 noodzakelijk was omdat de kousen vóór die datum niet meer adequaat functioneerden. De door hem aangevoerde reden voor eerdere vervanging is primair praktisch van aard (lange fietsvakanties in juni en daarna), niet medisch. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit voor verzoeker in het dagelijks leven belastend is, maar zijn vakantieplanning kan niet worden aangemerkt als medische noodzaak in de zin van artikel 1.1 van voorwaarden van de zorgverzekering.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft ook beoordeeld of weigering van vervroegde vergoeding naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Er is geen medische onderbouwing bekend voor vervanging binnen twaalf maanden. Daarnaast zou het structureel doorbreken van de twaalf maanden termijn op niet-medische gronden precedentwerking hebben voor vergelijkbare verzoeken. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de weigering om in maart of april 2026 een nieuw paar steunkousen te vergoeden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar. Het beleid van de ziektekostenverzekeraar is juridisch houdbaar.
- 4.8. In eerste instantie is de communicatie van de ziektekostenverzekeraar niet optimaal geweest. De afwijzing van de restitutenota is aanvankelijk alleen mondeling toegelicht met een onjuiste reden (prestatiecode), waarna pas later de juiste reden (termijn van twaalf maanden) is benoemd. Ook is er geen tijdig schriftelijk bericht verstuurd over de afwijzreden van de restitutenota. De ziektekostenverzekeraar betreurt deze communicatiefouten, maar zij rechtvaardigen niet de conclusie dat toepassing van de twaalf maanden termijn in deze zaak inhoudelijk onjuist is. Wel ziet de ziektekostenverzekeraar hierin aanleiding om in deze individuele casus een aanvullende stap te zetten in de vorm van een eenmalige coulancevergoeding. Na afweging van alle omstandigheden is de ziektekostenverzekeraar bereid om, los van de formele aanspraak uit de zorgverzekering, aan verzoeker eenmalig een financiële tegemoetkoming toe te kennen ter hoogte van maximaal het bedrag dat normaal gesproken wordt vergoed voor één paar steunkousen, namelijk € 176,- zodat de verzoeker, indien hij dat wenst, op eigen initiatief eerder nieuwe steunkousen kan aanschaffen en daarmee de periode kan overbruggen.
- 4.9. Bij e-mailbericht van 27 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het bedrag van € 176,-- en het klachtgeld van € 37,-- inmiddels aan verzoeker zijn vergoed.
- 4.10. Bij brief van 24 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de gang van zaken omtrent het doen van betalingen aan verzoeker toegelicht.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over hulpmiddelenzorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.

- 6.2. Hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen hierin is opgenomen is gebaseerd op het bepaalde in het Bzv en de Rzv.

Op grond van artikel 2.6, onderdeel m, Rzv bestaat aanspraak op uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe. Deze specifieke aanspraak is terug te vinden op pagina's 29 en 30 van het reglement. Hiermee staat vast dat de steunkousen een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormen. Dat verzoeker in beginsel hierop aanspraak heeft is tussen partijen niet in geschil. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoeker reeds in maart of april 2026 aanspraak kan maken op vervanging van de steunkousen. De commissie overweegt als volgt.

- 6.3. Voor de aanspraak op hulpmiddelenzorg ten laste van de zorgverzekering geldt dat het uitgangspunt van artikel 2.9, eerste lid, Bzv is dat een verzekerde te allen tijde recht heeft op een adequaat functionerend hulpmiddel. Voor steunkousen is, op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering in combinatie met het reglement, en indien de steunkousen worden betrokken bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier, hierbij een zorggarantie van twaalf maanden van toepassing. Dit betekent dat ervan wordt uitgegaan dat de steunkousen in ieder geval na het verstrijken van een termijn van twaalf maanden niet meer adequaat functioneren, zodat deze kunnen worden vervangen. Vervanging binnen de termijn van twaalf maanden is mogelijk, maar alleen als de steunkousen niet meer adequaat functioneren. Hieruit volgt dat geen rekening wordt gehouden met kalenderjaren of eventuele voorkeuren van verzekerden die leiden tot een kortere gebruikstermijn. Dat verzoeker begin juni 2025 niet beschikte over steunkousen die adequaat functioneerden, is gesteld noch anderszins gebleken. Dit betekent dat de door verzoeker ingediende restitutenota op 2 juni 2025 terecht door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen, omdat op dat moment de termijn van twaalf maanden nog niet was verstreken.

Het voorgaande betekent ook dat de datum van de daaropvolgende naturalevering (9 juni 2025) bepalend is voor de start van de nieuwe twaalf maanden termijn en dat – behoudens in geval van tussentijdse vervanging wegens niet adequaat functioneren – eerst op 9 juni 2026 weer aanspraak bestaat op nieuwe steunkousen, en niet reeds in maart of april 2026. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name met betrekking tot de medische noodzaak, het 'opschuiven' van de begindatum van de termijn in relatie tot het kalenderjaar, en zijn verblijf buiten Nederland, maakt dit niet anders.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft, om hem moverende redenen, ervoor gekozen uit coulance een bedrag van € 176,-- aan verzoeker uit te keren en het klachtgeld van € 37,-- te vergoeden. De commissie ziet geen aanleiding om in deze beslissing te treden, maar constateert dat hiermee een praktische oplossing wordt geboden voor het door verzoeker geschetste probleem van de vergoeding van steunkousen in het jaar 2026 en volgende, overigens zonder dat dit de hiervoor geschetste systematiek verandert. Tevens biedt het aan verzoeker de mogelijkheid om in 2027 het tijdstip van het aanschaffen en declareren van nieuwe steunkousen naar het voorjaar te verplaatsen.

- 6.5.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juni 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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, 2.6, 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- (...)
- m. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- (...)

Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja

Bandagelenzen zonder visuscorrectie

	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorschrijver	Behandelend oogarts	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Optometrist	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja

Injectiespuiten en injectiepenen om geneesmiddelen toe te dienen als omschreven in artikel 2.19 Regeling zorgverzekering

Injectiespuiten/penen niet voor diabetes

	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	U heeft recht op injectiespuiten met toebehoren en injectiepenen met toebehoren in combinatie met vergoedbare medicatie als er sprake is van een aandoening die langdurig gebruik van deze middelen nodig maakt. Injectiespuiten worden ook vergoed voor het doorspuiten van een PEG voedingssonde. U heeft in het algemeen geen recht op vergoeding van bijkomende middelen die het injecteren vergemakkelijken of comfortabeler maken.	
Voorschrijver	Huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Apotheek of medisch speciaalzaak	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Nee
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja
Bijzonderheden	U heeft recht op een aan een handicap aangepaste uitvoering als u als gevolg van een ernstige motorische handicap of verminderd gezichtsvermogen redelijkerwijs niet kunt volstaan met een injectiespuit of injectiepen in een niet aangepaste uitvoering.	

Therapeutische kousen en andere hulpmiddelen bij vaatproblemen als omschreven in artikel 2.6 sub m Regeling zorgverzekering

Therapeutische elastische kousen

	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	U heeft recht op therapeutische elastische kousen voor arm en been vanaf drukklasse 2.	
Voorschrijver	Huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist waarbij voldaan moet worden aan de Module compressiehulpmiddelenzorg behorend bij het Generiek kwaliteitskader hulpmiddelenzorg.	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom

Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning TEK	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja
Bijzonderheden	U heeft bij een gecontracteerde hulpmiddelenleverancier recht op 12 maanden zorggarantie. U heeft recht op minimaal 2 kousen per arm of been.	

Aan- en uittrekhelp		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	U heeft recht op een aan- en uittrekhelp voor therapeutische elastische kousen.	
Voorschrijver	Huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist waarbij voldaan moet worden aan de Module compressiehulpmiddelenzorg behorend bij het Generiek kwaliteitskader hulpmiddelenzorg. Heeft u een voorschrift voor therapeutische elastische kousen? Dan heeft u geen nieuw voorschrift nodig voor een aan- en uittrekhelp.	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning TEK	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja

Klittenbandsystemen		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	U heeft recht op een klittenbandsysteem voor arm en been als is bepaald dat dat voor u het meest passende hulpmiddel is. Voor het gebruik van hulpmiddelen bij oedeem onderscheiden wij twee fasen: 1. Het voortraject om oedeem te verminderen. Het klittenbandsysteem vervangt het zwachtelen. U heeft recht op 1 klittenbandsysteem. 2. Het natraject om het afgenomen oedeem te behouden. Het klittenbandsysteem vervangt de therapeutische kousen.	
Voorschrijver	Huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist waarbij voldaan moet worden aan de Module compressiehulpmiddelenzorg behorend bij het Generiek kwaliteitskader hulpmiddelenzorg.	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning TEK	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja
Bijzonderheden	U heeft recht op minimaal 2 klittenbandsystemen en 12 maanden zorggarantie in het natraject.	

Zwachtels		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	Zwachtelen is een voortraject tot therapeutisch elastische kousen. Voor behandeling gedurende 2 maanden heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) maximaal 4 zwachtels, een rol hechtpleister en eventueel buisverband en polstermateriaal.	
Voorschrijver	Huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist waarbij voldaan moet worden aan de Module compressiehulpmiddelenzorg behorend bij het Generiek kwaliteitskader hulpmiddelenzorg.	

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Recept (voorschrift)

Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kunt u gebruikmaken van het door uw huisarts voorgeschreven recept of de door uw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten). Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen (restitutie)

Hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

Gebruikt u een hulpmiddel of een verbandmiddel en wilt u overstappen naar een nieuwe hulpmiddelenleverancier? Neem dan tijdig contact op met uw huidige hulpmiddelenleverancier om u af te melden. U kunt per zorgvraag bij één hulpmiddelenleverancier tegelijk terecht.

Gaat het om verbruiksartikelen zoals verbandmiddelen, hulpmiddelen bij diabetes, incontinentie- of stomamaterialen? Dan meldt u aan uw nieuwe hulpmiddelenleverancier tot wanneer u voldoende hulpmiddelen en/of verbandmiddelen heeft. Hiermee voorkomt u onnodige voorraad. Onnodige voorraad krijgt u niet vergoed.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- Of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor (eerste) aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen (hulpmiddelenleverancier). In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de hulpmiddelenleverancier aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdelijke zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Hulpmiddelenzorg niet overdragen aan zorgaanbieders (hulpmiddelenleveranciers) of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Bruikleen

Verstrekt een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract een hulpmiddel in bruikleen? En gaat u voor dit hulpmiddel naar een zorgaanbieder zonder contract? Dan vergoeden wij maximaal de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar die wij betaald zouden hebben als u naar een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract voor de betreffende zorg zou zijn gegaan. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt door een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 37. Verblijf (natura en restitutie)

Verblijf is medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel [11. Huisartsenzorg \(restitutie\)](#)), verloskundige zorg (artikel [15.1. Verloskundige zorg](#)), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), GGZ (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#)) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (artikel [30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar \(restitutie\)](#), [31. Bijzondere tandheelkunde \(restitutie\)](#) en artikel [32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(restitutie\)](#)) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die medische kindzorg (intensieve kindzorg) nodig hebben zoals omschreven in artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#).

Een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis is mogelijk als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per dag.

Wanneer heeft u recht op een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis?

Ondergaat u CAR T-celtherapie en woont u op meer dan 60 minuten reizen van het expertziekenhuis waar u de behandeling ondergaat? Dan kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor verblijf in de nabijheid van het ziekenhuis geven. De vergoeding begint op de dag dat u het ziekenhuis verlaat en stopt na 14 dagen, tenzij u langer in de buurt van het ziekenhuis moet blijven in verband met medische complicaties. De vergoeding bedraagt maximaal € 94,50 per dag.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.